



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Intervenção Psicomotora em Gerontopsiquiatria
Casa de Saúde da Idanha

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professor Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Júri

Presidente:

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos, professora auxiliar da Faculdade Motricidade Humana

Vogais:

Professora Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha, professora auxiliar da Faculdade Motricidade Humana

Professor Doutor Marco Paulo Maia Ferreira, professor auxiliar convidado da Faculdade Motricidade Humana

Sofia Alexandra Evangelista Rosado

2019

Life does not have to be perfect
to be wonderful:
this way is my way.

Richard Todd Canton

Agradecimentos

A elaboração deste relatório não teria sido possível sem a colaboração e o empenho de diversas pessoas, por esse motivo quero gratificar e expressar todo o meu apreço às pessoas que viabilizaram e proporcionaram a realização desta etapa. A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos, com algumas palavras de reconhecimento.

Em primeiro lugar quero agradecer à minha orientadora local Mestre Ana Antunes, pela sua disponibilidade, cordialidade e companheirismo durante todo o período de estágio. A minha sincera gratidão pelos conhecimentos teóricos transmitidos, pela forma clara e empenhada como sempre procurou esclarecer as minhas dúvidas e pela confiança depositada que me permitiu crescer a nível pessoal e profissional.

À restante equipa técnica da Casa de Saúde da Idanha, um enorme obrigado pela forma como me receberam e integraram na instituição, pela transmissão de valores, conhecimentos e pela incrível disponibilidade demonstrada.

Ao orientador da faculdade, o Professor Doutor Marco Ferreira, o meu reconhecimento e agradecimento pelas sugestões, críticas construtivas e disponibilidade que de alguma forma, viabilizaram a realização e a conclusão do presente relatório.

À minha família, em especial à minha mãe e aos meus avós, pela sólida educação dada, pela admiração e orgulho demonstrado, pelo seu incansável apoio em tudo o que é importante para a minha formação, sem esquecer todo o amor, força e carinho que me dão diariamente e que se torna imprescindível para o sucesso do trabalho desenvolvido.

Por último, um agradecimento especial aos amigos mais próximos, pela força e o encorajamento que me deram durante toda esta etapa. Pelo companheirismo, pela partilha de dúvidas e receios e pela amizade genuína demonstrada.

Resumo

O presente relatório foi desenvolvido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, do Mestrado de Reabilitação Psicomotora, tendo como principal objetivo a descrição da prática de Intervenção Psicomotora no âmbito da Gerontopsiquiatria, na área da demência, realizada na Casa de Saúde da Idanha.

O documento encontra-se organizado em três grandes partes. A primeira parte apresenta um enquadramento teórico sobre o envelhecimento normal e patológico, as alterações implícitas e a intervenção psicomotora em casos de demência, seguido do enquadramento institucional. Na segunda parte surge o enquadramento da prática profissional, que integra dois estudos de caso, individual e de grupo e respetivas fases do processo de intervenção e análise crítica. Ainda neste capítulo são apresentados outros casos acompanhados durante este percurso. Na última parte é possível encontrar-se as atividades complementares de estágio e a conclusão sobre as aprendizagens e vivências ao longo deste percurso.

Palavras-chave: Envelhecimento; Envelhecimento Típico; Envelhecimento Patológico; Demência; Perturbações Neurocognitivas; Pessoas Idosas; Gerontopsicomotricidade; Intervenção Psicomotora.

Abstract

This report was developed for the Curricular Unit “Ramo de Aprofundamento de Competências” of the Master Degree in Psychomotor Therapy, with the main purpose of describing the Psychomotor Intervention in Gerontopsychiatry, mainly in the area of dementia, of Casa de Saúde da Idanha.

The present document is organized in three main parts. The first one presents a theoretical framework on typical and pathological aging, implied changes and psychomotor intervention in cases of dementia, followed by the institutional framework. The second part is dedicated to the professional practice framework by presenting two case studies, an individual and a group study case, and their respective stages of intervention's process and critical analysis. There is also presented, in this chapter, other cases accompanied during this process. In the last part of the report, it is possible to find the complementary activities of internship and the conclusion about the learning and experiences along this route.

Palavras-chave: Aging; Normal Aging; Pathological Aging; Dementia; Neurocognitive disorders; Elderly; Gerontopsychomotricity; Psychomotor intervention.

ÍNDICE

Agradecimentos.....	i
Resumo	ii
Abstract	ii
ÍNDICE	iii
Índice de Figuras	vi
Índice de Tabelas	vi
Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas.....	vii
Introdução	8
I Enquadramento da Prática Profissional.....	10
I.1 Envelhecimento.....	10
I.1.1 Alterações Biológicas/ Fisiológicas	12
I.1.2 Alterações Sensoriais.....	13
I.1.3 Alterações Cognitivas.....	14
I.1.4 Alterações Socioemocionais	16
I.1.5 Alterações Psicomotoras.....	17
I.2 Envelhecimento Patológico	19
I.2.1 Demência	20
I.2.2 Doença de Alzheimer	22
I.2.3 Demência Vascular	24
I.2.4 Demência de Corpos de Lewy	24
I.2.5 Demência frontotemporal	25
I.3 Gerontopsicomotricidade	26
I.3.1 Avaliação Psicomotora	28
I.3.2 Intervenção Psicomotora na Demência	29
I.4 Enquadramento Institucional – Casa de Saúde de Idanha	31
I.4.1 Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	31
I.4.2 Casa de Saúde da Idanha.....	33
I.4.2.1 Serviços e projetos de intervenção	34
I.4.2.2 Unidades e residências	36

I.4.2.3	Equipa e comunidade da CSI	38
I.4.2.4	Espaços físicos da CSI	39
I.4.2.5	População-alvo, encaminhamento e condições de ingresso	41
I.4.2.6	Serviço de psicomotricidade na CSI	41
II	Realização da Prática Profissional	44
II.1	Organização da Prática de Estágio	44
II.1.1	Calendarização das Fases de Estágio	46
II.1.2	Caracterização das Unidades de Intervenção	48
II.1.2.1	Unidade 7	48
II.1.2.2	Unidade 14	48
II.1.2.3	Unidade 16	49
II.1.3	Espaços de Intervenção Psicomotora na CSI	50
II.1.3.1	Sala Terapêutica	50
II.1.3.2	Sala de Snoezelen	51
II.1.3.3	Tanque terapêutico	52
II.1.4	Recursos utilizados para a avaliação e intervenção	52
II.2	Estudo de Caso Individual	54
II.2.1	Caracterização do Caso – Dados Relevantes	54
II.2.2	Avaliação do Caso	55
II.2.2.1	Instrumento de Avaliação – Exame Geronto-Psicomotor	56
II.2.2.2	Procedimento de Avaliação	57
II.2.2.3	Perfil Intraindividual do Caso	58
II.2.3	Plano de Intervenção Psicomotora	59
II.2.4	Intervenção	62
II.2.5	Apresentação de resultados	63
II.2.6	Discussão de resultados	67
II.2.7	Reflexão Crítica sobre o Estudo de Caso Individual	71
II.3	Estudo de Caso de Grupo	72
II.3.1	Caraterização dos Casos – Dados Relevantes	73
II.3.2	Avaliação dos Casos	73
II.3.2.1	O Instrumento de Avaliação	74
II.3.2.2	Procedimento de Avaliação	75
II.3.2.3	. Perfil Psicomotor do Grupo	76
II.3.3	Plano de Intervenção Psicomotora	76

II.3.4	Intervenção	79
II.3.5	Apresentação de resultados.....	80
II.3.6	Discussão de Resultados	81
II.3.7	Reflexão Crítica do Estudo de Caso Grupo	87
II.4	Outros Casos Acompanhados.....	88
II.4.1	Acompanhamento em Grupo	88
II.4.1.1	Grupo Intermédio - U14.....	88
II.4.1.2	Grupo DID - U16	88
II.4.1.3	Grupo Tanque Terapêutico – DID, Psiquiatria	88
II.4.2	Acompanhamento Individual	89
II.4.2.1	Utente E.N. – Intervenção Sala Terapêutica	89
II.4.2.2	Utente L.S. – Intervenção Snoezelen	89
II.4.2.3	Utente A.C. – Intervenção Snoezelen.....	89
II.4.2.4	Utente J.F. – Intervenção no Leito	90
II.5	Atividades complementares de estágio	91
II.5.1	Projeto “Uma Imagem por Mil Palavras”	91
II.5.2	Projeto “Amália – Robot Terapêutico”	91
II.5.3	Apresentações Científicas.....	91
II.5.4	Reflexões Natal e Páscoa	92
II.5.5	Momento Culinário	92
II.5.6	Sessão de Jogos Tradicionais	92
II.5.7	Via Sacra	92
II.5.8	Torneio Wii	92
Conclusão		94
Bibliografia.....		97
Anexos.....		106
Anexo A- Espaços de Intervenção Terapêutica e Ocupação da CSI.....		106
Anexo B- Espaços das Unidades da CSI.....		108
Anexo C- Escala Psicomotora de Avaliação Informal.....		109
Anexo D- Plano de Intervenção Individual		112
Anexo E- Plano de Intervenção de Grupo.....		115

Anexo F- Sessão- tipo (Intervenção Individual)	117
Anexo G- Sessão- tipo (Intervenção em Grupo)	118
Anexo H- Tabela- tipo de Registo de Atividades	119

Índice de Figuras

Figura 1 - Organograma da CSI (IHCSI, 2013)	38
Figura 2 - Estruturas físicas da CSI (Cefiprol, s.d)	40
Figura 3 - Perfil Psicomotor	67

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Horário inicial de estágio	44
Tabela 2 - Horário de estágio reestruturado	45
Tabela 3 - Calendarização das etapas de estágio	46
Tabela 4 - Perfil psicomotor individual	58
Tabela 5 - Plano de intervenção individual a R.F.....	59
Tabela 6 - Calendarização das sessões	62
Tabela 7 - Resultados quantitativos EGP	63
Tabela 8 - Caracterização da amostra do estudo caso de grupo.....	73
Tabela 9 - Perfil psicomotor do grupo.....	76
Tabela 10 - Plano de Intervenção Psicomotora – Grupo	77
Tabela 11 - Resultados quantitativos Estudo Caso Grupo.....	80

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

APA – American Psychiatric Association

CSI – Casa de Saúde da Idanha

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

EGP – Exame Geronto-Psicomotor

GPM – Gerontopsicomotricidade

IHSCJ – Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

IHCSI – Irmãs Hospitaleiras da Casa de Saúde da Idanha

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

PIP – Plano de Intervenção Psicomotora

PNC – Perturbação Neurocognitiva

POLISERCOOP – Cooperativa de Solidariedade Social

ODCE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

RACP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

SNC – Sistema Nervoso Central

WHO – World Health Organization

Introdução

No âmbito da unidade curricular do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), integrada no plano de estudos do 2.º ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, realizou-se o trabalho descrito no presente relatório escrito, resultado da prática de intervenção durante o período de estágio de 8 meses, tendo como orientador o Professor Doutor Marco Ferreira.

De acordo com as Normas Regulamentares do Mestrado de Reabilitação Psicomotora (2016), a escolha do RACP tem como objetivos fundamentais: (a) aprofundar conhecimentos no âmbito da Reabilitação Psicomotora, a nível científico e metodológico, dirigidos às pessoas com Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios; (b) desenvolver a capacidade de planejar, gerir e coordenar serviços ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos de intervenção; e (c) desenvolver a prática profissional e científica da área através da implementação de novos conhecimentos, práticas, perspetivas profissionais e políticas. Tem ainda como objetivo específico potenciar um ganho de competências na prática profissional no âmbito da Intervenção Psicomotora, bem como, facilitar a integração do estagiário no mercado de trabalho, proporcionando a relação com outros profissionais e com a comunidade.

As atividades de estágio decorreram nas instalações das Irmãs Hospitaleiras da Casa de Saúde da Idanha em Belas, pertencente à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ), tendo como orientadora local a mestre Ana Antunes. A Casa de Saúde da Idanha (CSI) é uma instituição particular de solidariedade social (IPSS), que presta cuidados diferenciados e humanizados em saúde, nomeadamente nas áreas da saúde mental e psiquiatria (IHCSI, 2018a). Neste sentido, a prática realizada durante o período de estágio estendeu-se às pessoas assistidas que integram as áreas da Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID)/ Duplo Diagnóstico e da Gerontopsiquiatria, no âmbito das demências.

O presente relatório procura sintetizar o trabalho realizado no local de estágio, bem como refletir sobre as aprendizagens retidas e a aplicação de conhecimentos teóricos para uma prática profissional. Assim e para este efeito, o relatório encontra-se estruturado em três grandes partes. A primeira, designada por Enquadramento da Prática Profissional, que integra o enquadramento de fundamentação teórica e o enquadramento institucional. O enquadramento teórico, destina-se à apresentação dos conteúdos teóricos que suportam a intervenção e a prática realizada ao longo do período de estágio. Nesta revisão teórica serão apresentados temas como o envelhecimento e

as alterações (biológicas, sensoriais, psicológicas, cognitivas, sociais e psicomotoras) que advêm da fase da senescência. Posteriormente, e entrado na fundamentação da prática de estágio, abordar-se-á o envelhecimento patológico na vertente psiquiátrica, mais especificamente quadros demenciais. Ainda dentro deste enquadramento, desenvolve-se o papel da intervenção psicomotora nas demências, os contextos e dinâmicas de intervenção, na gerontopsicomotricidade. No seguimento do Enquadramento da Prática, será apresentado o enquadramento institucional que contemplará a caracterização do local de estágio (CSI), bem como os recursos físicos e humanos indispensáveis para um funcionamento de excelência e qualidade praticado na instituição CSI.

A segunda parte é dedicada à Realização da Prática Profissional, na CSI. Este capítulo realiza uma abordagem à organização das atividades de estágio, aos recursos físicos e materiais utilizados aquando da intervenção e ainda aos contextos, unidades e população alvo, onde se centrou o trabalho desenvolvido. Posteriormente, serão apresentados minuciosamente um estudo de caso individual e de grupo, com respetivas avaliações, planos de intervenção, análise e discussão de resultados. Como complemento na exposição do trabalho realizado ao longo do período de estágio, serão caracterizados, de forma sistematizada, outros casos acompanhados.

Na terceira e última parte do documento, serão descritas algumas atividades complementares realizadas ao longo da prática, bem como a conclusão sobre a experiência de estágio e as dificuldades que foram surgindo no decorrer desse período.

I Enquadramento da Prática Profissional

No decorrer da prática profissional do estágio curricular realizado na CSI, a gerontopsiquiatria foi a principal área de intervenção, mais especificamente centrada no envelhecimento patológico, no âmbito das demências. Com o objetivo de fundamentar e consolidar a prática profissional neste âmbito, torna-se imprescindível apresentar uma revisão teórica.

I.1 Envelhecimento

O envelhecimento é definido por Barreiros (2006) como um conjunto de alterações intrínsecas que advêm de um processo biopsicossocial presente em todos os seres vivos, onde se verifica a perda progressiva de capacidades ao longo do processo de vida. Na base deste processo inato e individualizado, Soares (2005) caracteriza o envelhecimento como um conjunto de alterações biológicas, sociais e cognitivas, influenciado por vários fatores. Outros autores acrescentam às alterações anteriormente referidas a perda progressiva das competências psicomotoras, indicando a existência de uma retrogênese psicomotora (Aubert e Albaret, 2001; Pereira, 2004; Sequeira, 2010), que interagindo entre si, resultam em dificuldades ao nível da autonomia da pessoa idosa (Fonseca 2001b).

Em Portugal, nas últimas décadas, verifica-se um aumento do número da população idosa quando comparada à percentagem da população jovem e estima-se que este ritmo de crescimento da população idosa seja quatro vezes maior que a população de faixas etárias mais baixas (Gonçalves e Carrilho, 2007). Recentemente, em 2017, um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), apresenta dados que indicam que entre 2015 e 2080, existirá um aumento do número da população idosa, de 2.1 para 2.8 milhões de idosos, em Portugal (INE, 2017).

Alguns autores referem que os fatores que contribuem para esta projeção é o aumento da esperança média de vida e o declínio da natalidade (Pereira, 2004; Sequeira, 2010), confirmando-se a sua pertinência a partir dos valores estatísticos apresentados no INE (2017), que referem uma diminuição da população jovem de 1.5 milhões para 0.9 milhões, acompanhada de uma taxa de fecundidade mais baixa, entre 2015 e 2080. Para além das mudanças demográficas existentes, também as mudanças socioeconómicas e políticas conduziram a alterações do papel do idoso na sociedade, i.e., mudanças que exigem a participação ativa e cada vez mais tardia do idoso, nos diferentes contextos de vida (Pinto, 2010).

Segundo Barreiros (2006), o declínio das capacidades, ainda que pouco acentuado, ocorre a partir dos 30 anos, porém é a partir dos 60-65 anos que se começa

a observar perdas acentuadas (Sequeira, 2010). O envelhecimento é um processo individual, e o tempo e a forma como se manifesta é diferente de indivíduo para indivíduo, estando dependente de diversos fatores, e.g., culturais, pessoais, temporais, socioeconómicos, entre outros (Aragón, 2007; Schneider e Irigary, 2008). Neste sentido, alguns autores defendem que o processo de envelhecimento se encontra associado à idade funcional, i.e., à avaliação das capacidades funcionais do sujeito ao longo do ciclo de vida e não necessariamente ligado à idade cronológica (Nuñez e González, 2001). É numa visão holística da definição de envelhecimento que Schneider e Irigary (2008) referem que para além da idade cronológica devem perspetivar-se outras dimensões do envelhecimento, tais como:

- **Idade biológica** - alterações ao nível intelectual, físico e orgânico que influenciam o normal funcionamento do sujeito;
- **Idade psicológica** - competências comportamentais e cognitivas adquiridas ao longo do ciclo de vida);
- **Idade social** - comportamentos e hábitos adquiridos pelo sujeito, influenciados por fatores socioculturais do contexto onde está inserido (e.g. afastamento da atividade laboral).

O envelhecimento pode ser caracterizado como primário ou secundário, i.e., se as alterações decorrerem do processo normal do envelhecimento, denomina-se por processo primário do envelhecimento, de senescência; se por outro lado, as alterações ocorrerem como resultado de uma doença e/ou fatores de contexto ambientais, designa-se por processo secundário de envelhecimento, desviante-patológico, também denominado por senilidade (Sequeira, 2010). Assim sendo, o processo primário está implícito na fase do envelhecimento, em contrapartida, o processo secundário, pode ou não estar presente na vida do geronte.

O aumento do índice de envelhecimento verificado na população portuguesa tem tido um grande impacto na sociedade, exigindo fortes adaptações das respostas ao nível dos sistemas de suporte em particular o sistema de saúde (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2017). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, surge uma nova perspetiva sobre o conceito de envelhecimento, envelhecimento ativo. Este é definido como um processo que valoriza o geronte nas questões de saúde, participação e segurança através da otimização de oportunidades, viabilizando a melhoria da sua qualidade de vida, o desenvolvimento e a manutenção das suas capacidades funcionais, resultado das suas capacidades intrínsecas e do contexto no qual está envolvido (World Health Organization - WHO, 2015a).

Esta perspetiva centra-se não só nas necessidades do sujeito, mas também nos seus direitos e igualdade de oportunidades, objetivando a autonomia e participação ativa do idoso na sua vida social, económica, cultural, espiritual e civil, independentemente das suas dificuldades (WHO, 2005). Nesta linha de pensamento, Sequeira (2010) afirma

a necessidade de compreender na sua íntegra o processo de envelhecimento de forma a dar respostas preventivas que possibilitem a capacitação da pessoa idosa, potenciando o seu desempenho nas atividades significativas.

Nesta etapa de vida, existe a preocupação no esclarecimento do que é típico ou patológico face ao processo de envelhecimento, visto ser um despiste complexo e várias vezes confundido (Sequeira, 2010). No sentido de clarificar o normal processo de envelhecimento segue-se a caracterização das principais alterações, tais como alterações biológicas, sensoriais, psicológicas, cognitivas, sociais e psicomotoras.

I.1.1 Alterações Biológicas/ Fisiológicas

Ao longo do ciclo vital até à fase do envelhecimento as características biológicas e funcionais do indivíduo, apresentam-se relativamente estáveis, apesar de no decorrer do desenvolvimento humano irem existindo alterações biológicas que influenciam o normal funcionamento do sistema (Barreiros, 2006). Segundo Galland (2005) esta alteração advém do comprometimento do funcionamento celular e do sistema imunológico, (i.e., a degradação, morte e incapacidade de regeneração celular) que se repercute em alterações ao nível do sistema respiratório, cardiovascular, renal, gastrointestinal, músculo-esquelético, nervoso e metabólico (Sequeira, 2010).

O autor Sequeira (2010) organiza as principais alterações biológicas de acordo com os sistemas funcionais, sendo estas:

- **Sistema Respiratório** -diminuição da difusão de oxigénio e da capacidade vital respiratória;
- **Sistema Cardiovascular** - alterações da forma e tamanho das artérias levam a um menor rendimento cardíaco e a uma menor eficácia do coração, acrescendo a isto um aumento do colagénio nos vasos e alteração da elastina;
- **Sistema Renal** - perda de elasticidade e massa renal. Menor eficiência na eliminação de toxinas e outras substâncias, diminuição da capacidade de esvaziamento da bexiga;
- **Sistema Gastrointestinal** - diminuição da eficácia na absorção e eliminação dos nutrientes, originando atrofia da mucosa gástrica;
- **Sistema Músculo-esquelético** - diminuição da massa óssea e muscular, com comprometimento da elasticidade das articulações e da força muscular;
- **Sistema Nervoso** - degeneração e perda de neurónios, acumulação de placas senis e diminuição da plasticidade neural;
- **Sistema Metabólico** - dificuldades na homeostasia – tensão arterial, gases sanguíneos, temperatura (híper ou hipotermia).

As interações destas alterações biológicas resultam no declínio da sua funcionalidade, e, por conseguinte, comprometem o idoso na autonomia da sua rotina (Lata e Alia, 2007). Este declínio de competências torna-se gradual e cíclico, i.e., as alterações biológicas comprometem a forma como o indivíduo idoso interage com o meio, por conseguinte diminui a estimulação das suas capacidades sensoriais, resultando numa progressiva deterioração neural (Sequeira, 2010).

I.1.2 Alterações Sensoriais

O comprometimento sensorial ao longo do processo de envelhecimento está intimamente ligado às capacidades de percepção, i.e., a proficiência dos órgãos sensoriais, da proprioceptividade e do aparelho vestibular para recolha de informações (Aubert e Albaret, 2001; Juhel, 2010).

De acordo com Ruzzoli, Pirulli, Brignani, Maioli e Miniussi (2012) é nesta etapa de vida que ocorre uma evidente deterioração das capacidades funcionais sensório-perceptivas, que estão na base do comprometimento do idoso para a forma como explora e retém a informação proveniente do meio. Aubert e Albaret (2001) e Juhel (2010) acrescentam que com o declínio das capacidades estruturais dos órgãos sensoriais (visão, audição, tato, olfato e palato) existe uma dificuldade acrescida na capacidade de reter informação e que, por conseguinte, gera o empobrecimento e deterioração da informação conduzida até ao Sistema Nervoso Central (SNC).

A visão e audição são consideradas por Sequeira (2010), como as capacidades sensório-perceptivas mais afetadas na fase da senescência. Ainda assim, Aubert e Albaret, (2001), debruçam-se na caracterização das principais alterações, proferindo as diferentes capacidades perceptivas, entre as quais:

- Alterações na **capacidade visual**, na qual se verifica o comprometimento do campo visual ao nível da amplitude e profundidade ocular, menor acuidade visual, alterações no cristalino (cataratas), modificações da córnea, provocando diminuição do tempo de reação à intensidade da luz, com consequente dificuldade na discriminação de figura-fundo, dificuldades de percepção e diferenciação de cores e contrastes, limitações ao nível do foco e precisão ocular (Aubert e Albaret, 2001). Associado à visão e proveniente de alterações cognitivas, surge também a dificuldade no reconhecimento, discriminação e nomeação de objetos, figuras ou imagens, termo designado por agnosia visual (Schaadt e Kerkoff, 2016). A dificuldade gnósica, de acordo com Rodriguez (2002), é uma alteração intermediária entre a sensação e a percepção, podendo resultar na dificuldade máxima de reconhecimento de pessoas.
- Alterações na **capacidade auditiva**, na qual se verificam dificuldades na compreensão da fala, na discriminação fonética, provocada pela diminuição da flexibilidade de algumas membranas e estruturas auditivas (Gallande, 2005), e ainda a perda auditiva simétrica progressiva e bilateral (Aubert e Albaret, 2001). Outros autores reforçam estas limitações e ainda acrescentam a dificuldade no tratamento de informação proveniente dos estímulos auditivos e a limitação que o comprometimento auditivo pode ter na interação e comunicação interpessoal (Juhel, 2010; Goossens, Vercammen, Wouters e Wieringen, 2017);
- Alterações na **capacidade tátil**, na qual existe um decréscimo dos recetores sensoriais táteis, alterações físicas na epiderme e a dificuldade na distinção de estímulos e discriminação de pequenas características táteis (Aubert e Albaret, 2001);
- Alterações na **capacidade olfativa**, com a diminuição da sensibilidade para a discriminação de cheiros (Aubert e Albaret, 2001);
- Alterações na **capacidade do paladar**, com a perda de sensibilidade do palato devido a modificações nas membranas celulares gustativas (Aubert e Albaret, 2001);

- Alterações na **capacidade vestibular**, devido ao decréscimo do número de células ciliadas auditivas (recetores sensoriais do sistema auditivo), mais especificamente ao nível das cristas ampulares (Aubert e Albaret, 2001);
- Alterações na **capacidade propriocetiva**, na qual existe uma deterioração das fibras ligada aos recetores dos fusos musculares (Aubert e Albaret, 2001).

I.1.3 Alterações Cognitivas

Na fase de envelhecimento existe uma deterioração gradual das capacidades cognitivas (Sequeira, 2010), que não é linear em todas estruturas do sistema nervoso, existindo, portanto, um ritmo de declínio cognitivo variável quer no próprio indivíduo, quer entre indivíduos (Glisky, 2007). Ainda assim, Horning e Davis (2012), referem que todas as áreas cognitivas estão correlacionadas, podendo, por isso, afetar-se concomitantemente.

Segundo Seidler et al., (2010), existe um envelhecimento cerebral que resulta numa disfunção e empobrecimento neural, ao nível estrutural, funcional e bioquímico, ocorrendo consequentemente uma divergência no desempenho dos processos mnésicos (memória), de seleção de informação (atenção) e de planeamento da ação (funções executivas), manifestando-se num comportamento motor mais lentificado (Melo e Barreiros, 2002; Juhel, 2010; Sequeira, 2010). Estas alterações cerebrais e cognitivas começam a verificar-se na faixa etária dos 50 e 60 anos, sendo que é aos 70 que esse declínio se torna mais evidente (Olave-Sepúlveda e Ubilla-Bustamante, 2011). Porém, e segundo Sequeira (2010), através da reestruturação do conhecimento armazenado é possível manter as capacidades cognitivas do idoso. Ainda Horning e Davis (2012), defendem esta perspetiva preventiva e também terapêutica das capacidades cognitivas tendo por base a estimulação de capacidade de plasticidade que se verifica no cérebro humano.

No decorrer do normal processo de envelhecimento, as áreas mais afetadas são a atenção, a memória e as funções executivas (Glisky, 2007; Olave-Sepúlveda e Ubilla-Bustamante, 2011), apesar de alguns processos específicos da atenção e da memória se manterem estáveis do ponto de vista funcional, juntamente com as capacidades da linguagem (Glisky, 2007).

Na ocorrência da disfunção neural e morte celular, sobretudo ao nível dos lobos frontais, existe um comprometimento nas capacidades das **funções executivas**, i.e., nos processos cognitivos ao nível superior que participam na gestão de funções e comportamentos cognitivamente mais complexos, tais como, a inibição de comportamento, o planeamento e a organização, tomada de decisão, resolução de problemas, a memória e a atenção (Horning e Davis, 2012). É nesta fase do envelhecimento que o indivíduo idoso necessita de mais tempo para a resolução de

problemas e tomada de decisões e apresenta uma menor capacidade da velocidade de processamento.

Ao nível da **atenção** a dificuldade manifesta-se na capacidade para inibir estímulos irrelevantes quando está focado noutro elemento (Geerling, Saliassi, Maurits, Renken e Lorist, 2014), denominada por atenção seletiva, i.e., capacidade da pessoa idosa para selecionar a informação pertinente para a atividade cognitiva que está a realizar no momento (Lemaire e Bherer, 2005). Outro fator que está na base do comprometimento deste domínio é a capacidade do indivíduo idoso para realizar duas ações em simultâneo, verificando-se que no decorrer do envelhecimento torna-se difícil gerir a atenção, entre dois ou mais estímulos (atenção partilhada), devido à dificuldade na seleção de informação (Melo e Barreiros, 2002). Ainda a capacidade de concentração (atenção sustentada), i.e., a capacidade para manter o foco no estímulo pretendido durante um período de tempo estimável, parece igualmente estar comprometida na fase do envelhecimento, diminuindo progressivamente o tempo que o idoso consegue manter-se focado na tarefa (Lemaire e Bherer, 2005).

Relativamente à **memória**, existem alterações sobretudo na memória a curto-prazo que, devido ao declínio das capacidades sensoriomotoras, originam dificuldades na retenção e codificação da informação (Glisky, 2007; Sequeira, 2010). Lemaire e Bherer (2005), referem que qualquer que seja o estímulo sensório-percetivo exposto, à medida do envelhecimento é cada vez mais difícil armazenar e evocar informação, sendo este facto diretamente proporcional com complexidade da informação apresentada, i.e., quanto mais complexa for a informação mais difícil será a sua preservação e evocação da mesma. A memória de trabalho, ou seja, a capacidade para armazenar informação provisoriamente para uma posterior utilização, é uma das áreas afetadas no envelhecimento típico (Horning e Davis, 2012), ainda que seja a menos evidente (Pais, 2008), acionando-se outras áreas cognitivas como reforço e compensação para o normal funcionamento cognitivo, na inexistência de ativação da memória (Oedekoven, Jansen, Kircher e Leube, 2013). Em relação à memória de longo-prazo, na memória implícita (não declarativa – capacidade de evocação informação automatizada) e na memória explícita (declarativa – capacidade evocação consciente de acontecimentos), existe um declínio gradual a partir dos 50 anos ao nível da memória explícita e na faixa etária dos 70 e 80 anos na memória implícita (Horning e Davis, 2012). Lemaire e Bherer (2005), referem que neste tipo de memória a organização e evocação da informação raramente são comprometidos pelo processo de envelhecimento típico, porém e no que concerne à memória episódica ocorrem alterações que podem ser compensadas com estratégias cognitivas (e.g. aumento da atenção) otimizando o seu funcionamento (Pais, 2008).

Como complemento ao que foi anteriormente mencionado e sintetizando todas as áreas cognitivas comprometidas no envelhecimento típico, Glisky (2007) e Sequeira (2010), apresentam as seguintes alterações:

- **Atenção** - dificuldades e diminuição do foco de atenção;
- **Memória de curto prazo** - estável ou com declínio ligeiro ou moderado, dificuldades na evocação a curto prazo e falhas na codificação e recuperação;
- **Memória a longo prazo** - geralmente mantem-se estável, mantendo-se as capacidades de evocação da história de vida pessoal;
- **Função visuoespacial** - declínio variável, reais dificuldades em atividades complexas;
- **Raciocínio prático** - declínio variável na utilização da lógica, dificuldades em organizar situações que não sejam familiares;
- **Funções executivas** - dificuldades ao nível do planeamento e execução pouco eficiente;
- **Velocidade** - diminuição da velocidade de pensamento e da ação, declínio constante;
- **Linguagem** - capacidade mantida ou com ligeiros declínios, dificuldades na compreensão de instruções/ mensagens complexas, discurso impreciso e repetido;
- **Habilidades percetivo-motoras** - declínio a partir dos 50-60 anos.

I.1.4 Alterações Socioemocionais

De acordo com Díaz-López et al., (2017), na fase de envelhecimento o domínio social não tem de estar necessariamente comprometido, desde que a pessoa idosa participe ativamente nos contextos em que está integrado e consiga manter uma boa qualidade nas suas relações interpessoais. No entanto Olalla (2009), contraria esta perspetiva remetendo para a ideia de um isolamento social na fase de envelhecimento.

As alterações biológicas/fisiológicas, sensório-percetivas e cognitivas, anteriormente referidas, podem resultar em alterações sociais (Juhel, 2010). Segundo Sequeira (2010), essas alterações refletem-se no papel que a pessoa idosa desempenha nos contextos de vida (familiar, laboral ou ocupacional), existindo um declínio progressivo da sua participação, interação e apoio social, dificultando o processo de envelhecimento ativo. No seio do contexto familiar o indivíduo idoso perde autoridade e autonomia nas tomadas de decisão e naquilo que são os seus desejos (Levy, 2000), gerando sentimentos negativos face ao seu processo de envelhecimento e uma progressiva desintegração familiar (Agostinho, 2004). Ao nível laboral e com o início da reforma, surge a necessidade de adaptação a novas rotinas, representando para a pessoa idosa um papel menos ativo na sociedade (Agostinho, 2004). Ainda o estigma e os preconceitos gerados pela sociedade face ao envelhecimento podem comprometer a participação do idoso, conduzindo ao seu isolamento social e diminuição da rede social (Juhel, 2010).

Assim, e como consequência da mudança de papéis, podem surgir sentimentos de isolamento, de inutilidade, desinteresse, depressão, e perturbações relativas ao autoconceito (Gallande, 2005), sendo que nesta visão, a história, os valores pessoais e

o contexto em que está inserido, são alicerces fundamentais, na obtenção de um bem-estar psicológico da pessoa idosa (Sequeira, 2010). A preservação desse bem-estar depende não só, mas também, da forma como cada indivíduo lida com as várias mudanças que ocorrem na fase do envelhecimento, como a adaptação e gestão de novas rotinas, a aceitação de novas práticas de vida, à capacidade de aceitação para a perda da independência, entre outros (Moraes, Moraes e Lima, 2010).

I.1.5 Alterações Psicomotoras

As alterações das funções psicomotoras estão associadas às alterações, anteriormente mencionadas, que advêm do processo de envelhecimento (Aubert e Albaret, 2001). Com o comprometimento da atividade neural é expectável que surjam dificuldades no processamento de informação, bem como na seleção e programação da resposta motora, onde se observa uma maior lentificação. Este progressivo declínio cognitivo pode comprometer a atividade motora, limitando a qualidade dos movimentos, observando-se, como consequência, respostas motoras cada vez menos ajustadas por parte do indivíduo idoso (Aubert e Albaret, 2001).

As alterações sensório-perceptivas, antes referidas, influenciam diretamente o declínio das funções psicomotoras (Aubert e Albaret, 2001). A existência de dificuldades na retenção e no processamento da informação visual, propriocetiva e vestibular, podem resultar no comprometimento ao nível do equilíbrio (Aubert e Albaret, 2001). O declínio da capacidade de sensibilidade tátil pode estar na base das dificuldades nos domínios da motricidade global e fina e o empobrecimento das capacidades visuais podem gerar dificuldades cognitivas (Aubert e Albaret, 2001). No campo auditivo a dificuldade na acuidade pode resultar no comprometimento ao nível da discriminação de sons provenientes do contexto, bem como na retenção de informação auditiva (Aubert e Albaret, 2001). O comprometimento ao nível dos recetores sensoriais vai contribuir para a lentificação quer na fase de receção quer na fase de processamento de informação, influenciando grande parte das tarefas motoras voluntárias (Barreiros, 2006).

No processo natural de envelhecimento existe a ocorrência da retrogénese psicomotora, verificando-se uma perda progressiva de componente distal para a proximal, i.e., do domínio da praxia fina para o domínio da tonicidade (Fonseca, 2001b). Neste sentido, torna-se imprescindível caracterizar as alterações que ocorrem ao nível dos fatores psicomotores durante a fase de envelhecimento:

- Ao nível da **tonicidade**, na fase do envelhecimento existem alterações no estado do tónus (hipotónico ou hipertónico) resultando em respostas motoras desajustadas e cada vez mais lentificadas (Juhel, 2010). Segundo Fonseca (2001b) e Juhel (2010), na base deste comprometimento estão as alterações sensoriais e psicológicas do indivíduo idoso, que originam mudanças ao nível dos tecidos musculares, apresentando menor elasticidade,

flexibilidade e amplitude dos movimentos e maior resistência muscular para realizar movimentos passivos (Fonseca, 2001b; Juhel, 2010);

- Ao nível do **equilíbrio**, a pessoa idosa apresenta alterações que afetam principalmente a autonomia na mobilidade (Aubert e Albaret, 2001). Juhel (2010), define o equilíbrio estático ou dinâmico como uma associação complexa de sistemas sensoriais e motores que resultam numa resposta motora que contraria a gravidade, permitindo manter posturas, atitudes e gestos. Na fase de envelhecimento verifica-se o declínio progressivo da ligação entre os sistemas sensorial (visão, audição, tato, proprioceção), vestibular e cerebral, comprometendo a programação do movimento em relação ao espaço, originando tempos de reação desadequados, descoordenação motora com constantes perdas de equilíbrio e maior probabilidade no risco de quedas (Juhel, 2010). Importa referir que este facto tende a alterar o comportamento do sujeito, tornando-o mais inseguro e com uma atitude mais defensiva no que respeita à sua mobilidade (Aubert e Albaret, 2001). Assim, no equilíbrio estático existe um comportamento motor instável, como resultado das informações contraditórias provenientes do *input* sensorial (Aubert e Albaret, 2001). No equilíbrio dinâmico as dificuldades apresentadas advêm do processamento da informação com o aumento do tempo de reação e ainda da disrupção entre os fatores intra e interindividuais para a manutenção do equilíbrio, que pode originar vertigens e quedas (Aubert e Albaret, 2001; Barreiros, 2006);
- Ao nível do **esquema corporal** as alterações físicas (e.g. aparência física), sensoriais, cognitivas (e.g. capacidade de processamento de informação), psicológicas (e.g. problemas de autoestima) e sociais (e.g. participação social) parecem estar na base da deterioração da imagem corporal do indivíduo idoso (Pereira et al., 2010). Juhel (2010), define esquema corporal como o conhecimento concreto que o sujeito tem do seu próprio corpo, no tempo e espaço. Esta função psicomotora sofre modificações ao longo do percurso de vida e é na fase da senescência que esse conhecimento concreto é menor, refletindo consequentemente dificuldades ao nível do domínio motor (descoordenação/ lentificação), da perceção e orientação, das praxias, da interação social e nos cuidados de higiene (Juhel, 2010);
- A **orientação espacial**, define-se como a capacidade de organização no contexto tendo em conta os conceitos do “eu” e do “eu em relação ao outro/ objeto”, valorizando noções de espaço (e.g. posições). O desempenho e, por conseguinte, a deterioração deste domínio está inteiramente relacionado com a capacidade do esquema corporal, o conhecimento que o indivíduo tem do seu “eu” corporal, e deste como uma referência em relação ao espaço (Fonseca, 2005), que numa fase de envelhecimento pode apresentar-se comprometido. No decorrer desta fase existem evidentes dificuldades de orientação e deslocação no espaço, principalmente em espaços que não fazem parte das rotinas da pessoa idosa, devendo-se este facto, sobretudo, à dificuldade crescente na assimilação de conceitos espaciais, tais como, a perceção, a velocidade e a flexibilidade de integração espacial (Aubert e Albaret, 2001; Juhel, 2010);
- A **orientação temporal** é definida como capacidade abstrata que o sujeito tem para se orientar no tempo, tendo por base uma sequência, e duração de acontecimentos (Fonseca, 2005). De acordo com Juhel (2010), o desempenho eficiente deste domínio consiste na integração dos conceitos de simultaneidade, ordem e sequência temporal, duração, repetição de acontecimentos e o ritmo. As alterações decorrentes neste domínio estão intimamente ligadas com a capacidade de retenção e codificação das experiências vividas ao longo do tempo, remetendo para a capacidade do indivíduo idoso na retenção de informação ao nível da memória (Juhel, 2010).
- A **motricidade global** é a capacidade do indivíduo para realizar movimentos amplos e coordenados com diferentes níveis de complexidade, utilizando grupos musculares distintos

e processos mentais superiores (Juhel, 2010), envolvendo a integração das capacidades de equilíbrio, coordenação, dissociação, força, agilidade, flexibilidade e resistência (Juhel, 2010). A coordenação motora, capacidade de realização adequada de um ou mais movimentos com os membros superiores ou inferiores (Juhel, 2010), é uma das áreas mais afetadas no processo de envelhecimento (Aubert e Albaret, 2001). Esta função, para Juhel (2010), encontra-se comprometida na pessoa idosa devido à desintegração do planeamento motor, do esquema corporal e da estruturação espaço-temporal, resultando na dificuldade em realizar movimentos precisos, voluntários e intencionais (dispraxia).

- Ao nível da **motricidade fina** as dificuldades surgem na preensão e oponência do polegar (Fonseca, 2001b). A pessoa idosa perde a amplitude dos movimentos de pinça e de precisão, condicionando deste modo a realização de atividades mais minuciosas do ponto de vista motor, tal como a escrita (Aubert e Albaret, 2001). De acordo com Fonseca (2001b), este comprometimento ao nível do planeamento motor está relacionado com a coordenação dos movimentos oculares, com as competências sensoriais táteis e com as capacidades cognitivas.

Ao longo deste capítulo foram referidas algumas alterações que ocorrem na maioria da população idosa quando se define o envelhecimento típico. No entanto, ocorrem outras alterações não decorrentes de um envelhecimento normal, enquadrando-se estas dentro de um envelhecimento patológico (Juhel, 2010). Neste sentido, o capítulo seguinte contemplará o envelhecimento patológico na vertente psiquiátrica, mais especificamente na demência, de forma a contextualizar e fundamentar a prática da intervenção psicomotora na CSI.

I.2 Envelhecimento Patológico

Durante o processo normal de envelhecimento surgem algumas alterações, porém é importante salientar que durante este período e devido à interação de inúmeros fatores, como genéticos, ambientais, comportamentais, sociais, entre outros, podem surgir situações de doença da pessoa idosa, alterações patológicas, designado por envelhecimento patológico (Sequeira, 2010). Torna-se imprescindível distinguir as alterações que advêm de um processo normal de envelhecimento das que resultam de situações patológicas, de forma a que o diagnóstico e o tratamento sejam repetitivamente corretos e eficazes, e cada vez menos demorados (Sequeira, 2010).

Atualmente, o aumento da esperança média de vida, a diminuição de taxa de natalidade e dos fluxos migratórios, resultaram num envelhecimento demográfico da população (INE, 2017). Portugal acompanha este cenário, perspetivando que exista um aumento da taxa de doenças crónicas na população idosa, influenciando a sua participação funcional e a sua qualidade de vida (WHO, 2014), entre as quais as mais prevalentes, doenças cardíacas, respiratórias, oncológicas, músculo-esqueléticas, perturbações mentais e neurológicas (Albaret e Aubert, 2001). Mais de metade a população portuguesa acima dos 50 anos referem ser diagnosticados com uma doença

crónica, aumentando progressivamente este número com o fator idade (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques, 2013).

Estima-se que 23% das doenças ao nível mundial sejam confirmadas por um diagnóstico do foro mental, sendo a depressão e a demência duas das cinco principais perturbações neuropsiquiátricas responsáveis pelo comprometimento e dependência psicossocial da população mundial (Xavier, Braptista, Mendes, Magalhães e Caldas-de-Almeida, 2013).

Ao nível Europeu, Portugal é o segundo país com maior prevalência de doenças psiquiátricas: o relatório da *"Health at a Glance"* realizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), em 2017, concluiu que entre os 36 países a nível mundial pertencentes a esta organização, Portugal é o 4.º país com maior prevalência de casos de demência, especificando que o fator idade é diretamente proporcional com a taxa de prevalência da doença, se dos 65- 69 a taxa é de 2% existe uma subida de prevalência de 41% em sujeitos com mais de 90 anos. O mesmo relatório refere que fatores como sedentarismo, má alimentação, fraca estimulação cognitiva, bem como outros hábitos de vida menos saudáveis poderão estar na base destes quadros de prevalência.

De acordo com as características sociodemográficas, com o avançar da idade maior é a predisposição do indivíduo para a morbilidade (Levy, 2000), porém, no caso da demência, ainda que afete indivíduos na grande maioria presentes em faixas etárias mais elevadas, não pode ser considerada como ocorrência do normal processo de envelhecimento (WHO, 2015b). Durante o envelhecimento tende a evidenciar-se problemas de memória, humor, concentração, atenção e rapidez de pensamento (Fonseca, 2001b) que são alterações normais no seu processo, no entanto, algumas dessas alterações podem implicar dificuldades superiores às esperadas no envelhecimento normal, podendo indicar uma perturbação (Pais, 2008).

I.2.1 Demência

De acordo com Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues e Carvalho (2015) estima-se uma elevada prevalência do quadro demencial no âmbito do envelhecimento patológico. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais na sua quinta versão, ou seja, DSM 5 (American Psychiatry Association [APA], 2013), a Demência, como perturbação neurocognitiva, assume uma prevalência associada à idade como fator preditivo, acréscimo de 28% entre as faixas etárias dos 60 e 85 anos.

A demência pode englobar problemas ao nível da cognição, linguagem, comportamento, gnosias e praxias (Walker et al., 2012), das funções visuoespaciais, do raciocínio prático e resolução de problemas (Neto, Tamelini e Forlenza, 2005),

interferindo no desempenho e autonomia da pessoa idosa para realizar as suas rotinas (APA, 2013; Aubert e Albaret, 2001). Vieira (2013), define a demência como uma progressiva degeneração das competências cognitivas, sobretudo ao nível da memória em associação a outro défice cognitivo, sem que existam alterações no estado de consciência, resultando em mudanças comportamentais e no declínio da autonomia para a participação nos contextos de vida diária.

Segundo o DSM-5 (APA, 2013), as pessoas com demência podem apresentar diversas alterações comportamentais, como desinibição, deambulação, hiperfagia e perturbações do sono. Numa fase inicial da perturbação ocorrem alterações cognitivas (memória a curto-prazo, atenção, aprendizagem, linguagem e resolução de problemas), comportamentais, emocionais com alternância de estados de humor (depressão, apatia, falta de motivação e euforia), sociais e da personalidade (APA, 2013). Hampson e Morris (2016), reforçam esta última alteração salientando que devido ao comprometimento da memória e da consciência existe uma progressiva desintegração da personalidade, que pode resultar na dificuldade no reconhecimento da autoimagem, da imagem do outro e do contexto (Maintier, 2011). Numa fase ligeira a moderada da perturbação, podem manifestar-se sintomas psicóticos, como delírios (paranoias, e ideias persecutórias) e alucinações. Na última etapa da demência, fase avançada, verifica-se uma evidente agitação, com períodos confusionais e comportamentos de heteroagressividade.

O termo *demência*, no DSM 5 (APA, 2013), foi incluído na perturbação neurocognitiva *major*, mais abrangente, dado que integra a classificação de todas as perturbações neurocognitivas manifestadas em qualquer faixa etária. As Perturbações Neurocognitivas (PNC), incluem todas as perturbações que advêm de um ou mais défices cognitivos adquiridos, entres os quais: a atenção, as funções executivas, a aprendizagem e a memória, a linguagem; a capacidade perceptiva motora, e o entendimento social, manifestando-se de forma progressiva, comprometendo o indivíduo nos diferentes contextos de vida (APA, 2013). De acordo com a mesma associação, podem ser classificadas em três fases, de acordo com o défice cognitivo e o nível de autonomia apresentado: ligeiro (dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária, como o controlo da medicação), moderado (dificuldades nas atividades básicas de vida diária e.g. alimentar-se) e grave (indivíduo totalmente dependente).

Do ponto de vista organizacional do DSM 5 (APA, 2013), as PNC *leve* (o indivíduo pode manter a sua autonomia) e as PNC *major* (os défices cognitivos interferem com a autonomia) têm vários subtipos etiológicos, tais como: doença de Alzheimer (DA), demência frontotemporal (DFT), doença dos corpos de Lewy (DCL), demência vascular (DV), lesão cerebral traumática, uso de substâncias ou

medicamentos, infeção por HIV, doença de Parkinson, doença de Huntington, outra condição médica, múltiplas etiologias, e perturbação neurocognitiva não especificada.

De acordo com Vieira (2013), as PNC podem dividir-se em quadros de demências reversíveis, passíveis de retrocesso e prevenção, tais como, doenças endócrinas, défices vitamínicos, neoplasias, infeções, hidrocéfalo de pressão normal; hematoma subdural crónico e tóxicas; ou em quadros de demência degenerativos ou irreversíveis, que incide sobre o tratamento da sintomatologia sem carácter definitivo, entre os quais, DA, DV, DCL e DFT.

No sentido de realizar a caracterização dos quadros demências mais prevalentes no diagnóstico da população idosa e contextualizar os casos acompanhados ao longo da prática de estágio, segue-se os próximos subcapítulos que abordam designadamente a DA, DV, DCL e DFT.

1.2.2 Doença de Alzheimer

A DA é o subtipo das perturbações neurocognitivas no DSM 5, mais prevalente (APA, 2013), representando cerca de 50 a 70% dos casos diagnosticados com um quadro demencial (Santana et al., 2015). De acordo com APA (2013), em países desenvolvidos o índice de prevalência é de 5 a 10% na faixa etária dos 70, e acima desta idade aumenta para 25%. Em Portugal estima-se uma média de 100 mil casos diagnosticados com DA (Santana, et al., 2015), na população idosa.

O diagnóstico de DA tem por base a constatação de uma alteração genética como possível etiologia, verificada a partir da história familiar ou de testes genéticos, evidências de alterações cognitivas constantes e graduais ao nível da memória, aprendizagem e de pelo menos outro fator cognitivo e, ainda, a ausência de outra doença ou condição neurológica que estejam na base desse declínio cognitivo (APA, 2013). De acordo com a APA (2013), questões de ordem ambiental, genética e fisiológica podem ser fatores de risco e de prognóstico de DA. Nesta perspetiva, Vieira (2013), reforça, como fatores de risco: a idade, existindo uma maior ocorrência com o seu aumento; a componente genética, mutações genéticas que aumentem a probabilidade de acarretar efeitos diretos na DA; o historial familiar, existindo um maior risco se o progenitor apresentar a doença; entre outros (género, baixa escolaridade, défice na alimentação, alcoolismo, tabaco, hipertensão arterial, traumatismos cranioencefálicos).

Numa visão sintomatológica das competências cognitivas e socioemocionais da DA, o indivíduo apresenta uma deterioração das capacidades da memória (Alzheimer's Association, 2017), sobretudo na memória de trabalho, resultado das alterações que ocorrem ao nível do lobo frontal (Stopford, Thompson, Nearly, Richardson e Snowden,

2012); manifesta um declínio no foco da atenção com a incapacidade para terminar a tarefa (Alzheimer's Association, 2017), existindo uma progressiva dificuldade em manter a atenção quer na instrução, quer na realização da mesma (Stopford et al., 2012); apresenta períodos de desorientação espacial e temporal, sobretudo dificuldades de orientação na própria casa em fases mais avançadas da doença (Juhel, 2010); ainda ao nível socioemocional, apresenta dificuldades nas tomadas de decisão e resolução de problemas, comprometimento nas relações interpessoais e ainda dificuldades na gestão emocional com alternância do estado do humor (Alzheimer's Association, 2017), nomeadamente, apatia, irritabilidade, humor depressivo e delírios (Wint e Cummings, 2016).

Numa visão psicomotora, ao nível da tonicidade, os indivíduos com DA apresentam um aumento da rigidez muscular, que é mais acentuado quando comparado à rigidez tónica de um idoso que apresenta um envelhecimento típico (Rodriguez, 2003). Para além disso, existe uma dificuldade acrescida na representação mental da imagem corporal (Juhel, 2010), com uma desorganização da noção corporal, que é diretamente proporcional com o nível de progressão da doença (Verhülsdonk, Quack, Hoft, Lange-Asschenfeldt, e Supprian, 2013). Rodriguez (2003) acrescenta que na DA ocorre uma diminuição progressiva da capacidade de regulação tónicoemocional e da motricidade, estando na base do comprometimento de reconhecimento de imagens (deterioração das funções gnósico-visuais), das habilidades construtivas (declínio das competências visuconstrutivas) e da capacidade na realização de movimentos/ gestos precisos e intencionais ou dispraxia (Michel, 2009).

Vieira (2013) sintetiza as fases da DA da seguinte forma: fase inicial, onde se dá o início da apresentação sintomática e se começam a evidenciar défices de memória, com dificuldade na evocação de nomes, palavras ou acontecimentos recentes, encontrando-se, nesta fase, a linguagem adequada com uma ligeira limitação ao nível do vocabulário; fase moderada, onde se denotam dificuldades acrescidas de orientação no espaço estendendo-se ao comprometimento de orientação em espaços conhecidos, surge a inaptidão para nomeação de determinados objetos com alterações evidentes ao nível do discurso e ainda dificuldades na realização de movimentos intencionais e na representação abstrata; e fase avançada, em que o indivíduo não consegue reconhecer e utilizar os objetos, apresenta um nível de dependência máxima nas atividades de vida diária (AVD), bem como uma linguagem inexistente ou praticamente incompreensível (Vieira, 2013), sendo fundamental a estimulação da linguagem não verbal (Rodriguez, 2003).

1.2.3 Demência Vascular

A DV é a segunda causa mais comum na PNC (APA, 2013), representando cerca 20 a 30% dos diagnósticos demenciais (Vieira, 2013), podendo ocorrer em qualquer faixa etária embora a probabilidade aumente a partir dos 65 anos, com uma maior incidência no género masculino (APA, 2013). Para além do fator idade e género, Vieira (2013) acrescenta a baixa escolaridade, o alcoolismo, o tabagismo, fatores genéticos e fatores relacionados com o Acidente Vascular Cerebral (AVC), como potenciais indicadores de risco no prognóstico da DV.

O diagnóstico da DV é realizado tendo por base a história clínica, exames físicos ou neurológicos (imagiologia). A evidência da doença cerebrovascular inclui história clínica com a presença de AVC e a associação de declínios cognitivos e sinais físicos com o mesmo. Na avaliação desta perturbação é necessário que a doença cerebrovascular seja a patologia dominante ou a única responsável pelos défices cognitivos, estando a sua expressão clínica depende da extensão e localização da lesão vascular (APA, 2013; Spar e La Rue, 2005).

No indivíduo com DV, as lesões cerebrais que ocorrem ao nível do córtex cerebral, podem resultar em dificuldades de reconhecimento de partes do corpo (somatognosia) e ainda em distúrbios de afasia, apraxia, de perturbações visuoespaciais, na memória evocativa e de gnosia (Araújo e Nicoli, 2010). Ao nível do tónus e como consequência do AVC, existe um aumento da rigidez muscular, carateristicamente hipertónico (Huang, Ju, e Lin, 2016), podendo ser acompanhadas, frequentemente, de sintomas parkinsonianos e outros défices do tipo sensoriomotor como, por exemplo, problemas com a marcha, tremores e paralisias (Rodríguez, 2003). Ao nível comportamental e emocional tendem a manifestar apatia, agressão, agitação e postura depressiva (Wint e Cummings, 2016).

1.2.4 Demência de Corpos de Lewy

A DCL representa 5% dos quadros demenciais na população idosa (APA, 2013) e segundo Araújo e Nicoli (2010), é a terceira causa de demência mais prevalente, representando cerca de 15 a 25% dos casos diagnosticados com um quadro demencial.

A DCL, é uma PNC com início insidioso e progressivo com alucinações visuais complexas, manifestando-se sobretudo nos défices do funcionamento, mais do que seriam expectáveis face aos défices cognitivos manifestados (APA, 2013). Do ponto de vista sintomatológico, estes doentes apresentam perturbações do sono (Vieira, 2013), acompanhado por movimentos oculares desadequados (REM), alucinações, sinais depressivos, delírios (APA, 2013; Wint e Cummings, 2016), sintomas parkinsónicos e

alterações das habilidades visuoperceptivas e visuoespaciais (Vieira, 2013) bem como problemas somatognósticos, nomeadamente ao nível da agnosia da imagem em espelho (Chandra e Issac, 2014).

1.2.5 Demência frontotemporal

A DFT representa 5% dos casos diagnosticados com um quadro demencial e caracteriza-se pelo desenvolvimento progressivo de alterações comportamentais e de personalidade, podendo ocorrer perdas ao nível da linguagem (APA, 2013).

Ao nível comportamental e emocional, os indivíduos com DFT apresentam dificuldades no controlo inibitório, em particular, a capacidade de o indivíduo evitar uma resposta comportamental (Horning e Davis, 2012; Stopford et al., 2012), apatia, desinteresse na interação social, limitações no autocuidado, dificuldades na autocritica (APA, 2013) e linguagem empobrecida e confusa, relacionada com a parafasia (Hauser e Josephson, 2009).

O declínio cognitivo é menos acentuado (APA, 2013), preservando-se numa fase inicial as capacidades da memória (Hauser e Josephson, 2009; Vieira, 2013). No entanto Grossi et al., (2002) e Mahoney et al., (2012), referem que as habilidades visuoespaciais e visuoespaciais, a capacidade prática, a memória visual e verbal e a capacidade de representação mental do espaço, apresentam declínios com o progresso da doença (Hauser e Josephson, 2009). Ainda relativamente ao campo cognitivo, existe um comprometimento ao nível da atenção (Hauser e Josephson, 2009) qualquer que seja o tipo de estímulo apresentado, resultando em dificuldades para se manter e realizar a tarefa até ao fim (Stopford et al., 2012). Associada a disfunções do esquema corporal, ainda que exista manutenção das capacidades intelectuais, indivíduos com este quadro demencial apresentam dificuldades ao nível da representação de diferentes partes do corpo (Downey et al, 2014).

Conhecidas as alterações que advém do processo de envelhecimento, surge a necessidade de compreender como é que a área da psicomotricidade pode dar respostas de forma a minimizar o comprometimento do idoso e potenciar a sua participação.

I.3 Gerontopsicomotricidade

Julga-se pertinente, e antes de enquadrar a prática da intervenção psicomotora no âmbito da geriatria, definir a Psicomotricidade enquanto modelo de intervenção generalizado a qualquer população-alvo, nas suas várias vertentes.

Numa visão holística do ser humano, e nas vertentes preventiva, reeducativa e terapêutica, a intervenção psicomotora procura estabelecer a relação harmoniosa entre a motricidade, a cognição e a afetividade, no espaço envolvente (Fonseca, 2001a).

A intervenção psicomotora é uma terapia centrada na mediação corporal e expressiva, na qual potencia vivências corporais para melhor capacidade adaptativa do sujeito, com base na avaliação do movimento, atitudes, posturas e gestos (Maximiano, 2004), que estão na base da integração das dimensões da motricidade, cognição, linguagem e regulação tónica emocional (Boscaini, 2004). A forma como se exprimem estas dimensões reflete o nível das competências psicomotoras, i.e., o desempenho ao nível da tonicidade, equilíbrio, praxias, esquema corporal, lateralidade, orientação espacial e temporal (Fonseca, 2001a; Boscaini, 2004), existindo o foco da intervenção psicomotora nos processos que desencadeiam esse comprometimento psicomotor (Fonseca, 2001a).

A psicomotricidade tem um papel fundamental na síntese da organização psicomotora, permitindo uma maior longevidade dessa organização, atenuando os efeitos da retrogénese psicomotora que advêm do processo de envelhecimento (Fonseca, 2001b). Neste sentido, é fundamental a aplicação de programas de reabilitação psicomotora dirigidos à população idosa (Nuñez e González, 2012), que Fonseca (2001b) designa por Gerontopsicomotricidade – GPM, no sentido de prevenir, atrasar ou atenuar as alterações provenientes do envelhecimento, contribuindo para uma maior funcionalidade do idoso (Pereira, 2004).

A GPM é definida como uma terapia não farmacológica (Morais, 2007), que através de técnicas psicocorporais (Hilion, 2015), objetiva a manutenção funcional dos fatores psicomotores, mas também na reeducação das capacidades da pessoa idosa em relação às alterações corporais, cognitivas e sociais que ocorrem no processo de envelhecimento (Morais, 2007), assumindo-se assim como um método de reeducação das perturbações psicomotoras, cognitivas e emocionais da pessoa (Hilion, 2015).

Através da GPM é possível potenciar a relação com o corpo e, consequentemente, a identidade e a relação com o outro (Morais, 2007). Nesta perspetiva, Olalla (2009), refere que a GPM objetiva proporcionar ao indivíduo idoso experiências e vivências que otimizem a consciencialização do próprio corpo,

aumentando e diversificando o leque de movimentos prazerosos para o idoso, a promoção da relação com o outro, com enfoque na qualidade e o aumento das suas interações e, ainda, a reconstrução da própria identidade, melhorando o bem-estar geral, a capacidade de autoanálise, e autoconsciência das capacidades e dificuldades que apresenta, diminuindo sentimentos negativos que advêm da sua perceção face às alterações do processo de envelhecimento.

A GPM, numa vertente preventiva ou terapêutica (Juhel, 2010), e tendo como último fim a melhoria da qualidade de vida na população idosa, através da preservação ou melhoria das capacidades funcionais e da autonomia (Morais, 2007; Ollala, 2009), objetiva uma intervenção focada em aspetos relacionados com o controlo postural, equilíbrio e a coordenação motora, de forma a garantir a segurança nos deslocamentos; potenciar a imagem e o esquema corporal, melhorando a consciencialização corporal e valorização pessoal (autoestima), promover a organização e adaptação espaço-temporal, potenciar a comunicação verbal e não-verbal de forma a aumentar a capacidade de comunicação e relação interpessoal; e a manutenção das capacidades cognitivas e psicomotoras.

Neste sentido, todo e qualquer programa de intervenção no âmbito da GPM, deve integrar atividades que envolvam a estimulação dos domínios anteriormente referidos (Fonseca, 2001b), tendo por base as características individuais ou do grupo com o qual é realizado a intervenção (Pereira, 2004).

No âmbito da GPM, Rodriguez (2002) apresenta três níveis de intervenção tendo por base o estado da pessoa e a presença, ou não, de questões patológicas, designadamente nível primário, secundário e terciário. No primeiro integram-se pessoas idosas saudáveis e a intervenção centra-se em atenuar os efeitos do envelhecimento ou impedir que estes se tornem patológicos (Rodriguez, 2002). Ao nível secundário a intervenção é sobretudo dirigida às pessoas idosas que já apresentam comprometimentos cognitivos e funcionais, existindo a estimulação exaustiva das capacidades que se começam a deteriorar em função das que se encontram preservadas (Rodriguez, 2002). Por último, a intervenção terciária, onde se enquadram as pessoas idosas que apresentam um diagnóstico estabelecido, evidenciando-se défices ao nível cognitivo e funcional (Rodriguez, 2002). Neste nível de intervenção, os principais objetivos centram-se na atenuação das dificuldades com base no desenvolvimento de estratégias, adiando as alterações associadas à vertente patológica e ainda, promover a autonomia, funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa (Rodríguez, 2002). A intervenção neste nível será reforçada mais à frente, visto ter sido neste âmbito que se realizou a prática de estágio.

I.3.1 Avaliação Psicomotora

Para Moraes (2007), uma intervenção planeada e adaptada às reais necessidades do indivíduo carece de um prévio aprofundamento de conhecimento sobre o processo de envelhecimento psicomotor.

Através da avaliação é possível estudar e formalizar a problemática do diagnóstico criando estratégias que permitam a sua resolução e a intencionalidade da intervenção (Contandriopoulos, 2006). Neste sentido, recorre-se a instrumentos validados cientificamente e adaptados à população em estudo, garantindo no campo profissional do psicomotricista a validade da avaliação tendo por base medidas psicométricas previamente consideradas (Contandriopoulos, 2006). Ainda Pitteri (2004), acrescenta que para além da avaliação quantitativa e qualitativa do comportamento psicomotor realizada através de instrumentos, escalas e baterias adaptados à população-alvo, devem ser considerados aspetos como a história pessoal e experiências passadas, permitindo uma avaliação mais ampla do indivíduo.

Numa perspetiva funcional, para Pitteri (2004), a avaliação psicomotora centra-se na compreensão do comportamento neuromotor, sensório-motor, do esquema e imagem corporal, da orientação espaço-temporal, e do psicoafectivo (e.g. relação entre a expressão corporal, emocional e relacional). Neste sentido, o avaliador deve ser capaz de observar e avaliar as relações que podem ser estabelecidas no momento da avaliação (Madera, 2005). Podendo ser a relação do indivíduo com o próprio corpo, observando-se domínios como a motricidade global, a tonicidade, a imagem e esquema corporal, ainda a relação do indivíduo no espaço e tempo, percecionando a forma como explora e se organiza no espaço em função do tempo e a relação do indivíduo com os objetos, compreendendo de que forma os utiliza para estabelecer a comunicação (Madera, 2005). O mesmo autor, ainda aponta para a importância de avaliar qualitativamente a comunicação verbal e não-verbal, i.e., considerar aquilo que é a linguagem verbal e corporal evidenciada ao longo do momento de avaliação.

Para além de permitir avaliar o desempenho psicomotor, aliado a comportamento, atitudes e gestos, a avaliação psicomotora, auxilia no diagnóstico, possibilita traçar um perfil psicomotor perspetivando um plano de intervenção terapêutico intencional às reais necessidades do indivíduo e ainda permite perceber o qual o progresso da intervenção (Pitteri, 2004). Moraes (2007), refere que devem ser realizadas avaliações ao longo de toda a intervenção, bem como registos que avaliem o desempenho no fim de cada sessão.

A avaliação psicomotora, na fase da senescência, passa por avaliar as competências psicomotoras, como referido anteriormente, tendo por base os

comprometimentos que ocorrem nesta fase de vida, utilizando instrumentos construídos especificamente para esta população-alvo (Albaret, Aubert e Sallagoity, 2001). Alguns instrumentos são destacados para avaliação das competências na população idosa, como é caso Índice de *Barthel*, que avalia a autonomia da pessoa nas ABDV, o *Mini Mental State Examination* (MMSE) que avalia a condição cognitiva, realizando o despiste de défices cognitivo e o *Exame Geronto-Psicomotor (EGP)*, instrumento atualmente validado para a população portuguesa que permite avaliação psicomotora nesta população, como será descrito mais à frente.

I.3.2 Intervenção Psicomotora na Demência

Do ponto de vista clínico, está comprovada a importância que existe na relação harmoniosa entre as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, uma vez que perante a ausência de controlo sintomatológico, em perturbações neurocognitivas, inviabiliza a implementação e sucesso de uma intervenção não farmacológica (Hartikainen, Lonnross e Louhivuori, 2007).

No caso específico das síndromes demenciais, a intervenção farmacológica lentifica e atenua o ritmo de progressão da doença e permite o controlo sintomatológico (Spar e La Rue, 2005), no entanto a toma excessiva e contínua da medicação pode originar o comprometimento quer cognitivo, quer psicomotor (Hartikainen, Lonnross e Louhivuori, 2007). Assim Pereira (2004), reflete sobre a intervenção psicomotora, intervenção não farmacológica, capaz de potenciar as capacidades e competências do indivíduo idoso e abrandar ou colmatar as suas dificuldades.

A intervenção psicomotora na presença de um diagnóstico estabelecido, mais especificamente num quadro demencial, não deve somente potenciar as capacidades, mas também ter como foco a sua preservação (Rodriguez, 2002). No caso da demência é crucial que a intervenção faça uma ponte das dificuldades associadas à faixa etária àquelas que provêm de alterações patológicas (Rodriguez, 2002), de forma a aceder positivamente às componentes motoras, cognitivas, afetivas e sociais, com recurso simultâneo aos fatores psicomotores (Borges, Aprahamian, Radanovic e Forlenza, 2010), que comprometem a autonomia e a funcionalidade na população idosa (Fonseca, 2001b).

Na presença de um quadro demencial o indivíduo idoso tem dificuldades na aceitação e consciencialização do corpo (Rodriguez, 2003) podendo estar relacionado com o comprometimento na representação mental da sua imagem corporal (Juhel, 2010) e a não-aceitação e compreensão do corpo que está em constante mudança (Pereira, 2004). Neste sentido, a intervenção psicomotora através de técnicas de expressão corporal, gestual e do corpo em movimento, permite desenvolver uma melhor

consciencialização do corpo (Madera, 2005) recuperando sensações prazerosas pelo movimento (Nuñez e González, 2012), aumentando a sua autoestima frequentemente comprometida pela consciencialização da perda de capacidades (Hilion, 2015).

De acordo com Modange e Chaumont (2011), esta intervenção deve também incidir na estimulação sensorial, a fim de permitir o melhoramento da consciencialização do corpo e a readaptação do movimento, prevenindo o início de problemas perceptivos, práticos e sociais (Juhel, 2010). Tarefas de controlo respiratório e de retorno à calma (relaxação) e atividades lúdicas de carácter expressivo podem contribuir para este objetivo terapêutico (Olalla, 2009).

Nesta linha de pensamento, Juhel (2010) reforça a importância do movimento, sendo fundamental que, na intervenção psicomotora, o psicomotricista direcione a atenção do idoso para a qualidade do movimento no espaço, potenciando a expressão e capacidade de comunicação não-verbal. Montañes e Kist (2011), acrescentam que aliado à forma de expressão através do movimento, deve ser associado a forma como a pessoa idosa utiliza esse movimento para comunicar, necessitando para isso e primeiramente de uma capacidade de autoconsciencialização.

Na intervenção com a população idosa não devem ser descuradas as estratégias e as adaptações das atividades planeadas em função respetivamente da superação das dificuldades potencialmente irreversíveis e do estado progressivo da doença, promovendo uma participação prazerosa, acompanhada de alterações emocionais e comportamentais positivas, tais como a motivação e a capacidade de iniciativa (Rodríguez, 2003). A sessão deve seguir uma organização geral estruturada, diferenciada em três partes (Rodríguez, 2002). A primeira parte deve contemplar o diálogo inicial e a terapia de orientação para a realidade, a segunda parte, deve incluir as atividades do corpo da sessão no sentido de corresponder aos fatores psicomotores a serem trabalhados e a terceira e última parte, deve integrar as atividades de retorno à calma, onde é solicitado aos utentes que façam uma reflexão crítica sobre o que foi realizado durante o período da sessão (Rodríguez, 2002).

Ainda e, como referenciado na literatura, a intervenção psicomotora pode ocorrer no âmbito grupal e/ou individual em função dos objetivos e necessidades terapêuticas do utente (Aragón, 2007). Na vertente da intervenção em grupo evidencia-se o trabalho de questões sociais, reforçando as relações interpessoais de forma mais evidente através das interações estabelecidas em grupo. Em contrapartida, a intervenção no âmbito individual permite manter o foco individualizado e potenciar um maior envolvimento do indivíduo idoso nas atividades, adotando-se ao longo da atividade o seu próprio ritmo de realização (Aragón, 2007).

Em suma, e adotando uma visão geral e objetiva da intervenção psicomotora na demência, esta centra-se na promoção das capacidades cognitivas e dos processos implícitos ao seu desempenho, no desenvolvimento de estratégias para a superação das dificuldades crónicas ou irreversíveis, otimizando o seu nível funcional, e ainda numa perspetiva relacional e emocional, procurando a valorização pessoal, aceitação do “eu”, bem com a intensificação e a preservação das relações interpessoais (Vázquez e Mila, 2014).

I.4 Enquadramento Institucional – Casa de Saúde de Idanha

O presente estágio decorreu na CSI, pertencente à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ). Como tal, torna-se imprescindível realizar uma breve apresentação desta instituição e assim perceber que valores, características e recursos estão sempre presentes, e fundamentais para o sucesso do trabalho desenvolvido nas diferentes áreas de intervenção.

I.4.1 Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

A congregação das IHSCJ, fundada em Ciempozuelos – Madrid a 31 de maio de 1881, por São Bento Menni, Maria Josefa Récio e Maria Angústias Giménez, surge como forma de dar resposta às necessidades de mulheres com perturbações mentais, problemas psíquicos e físicos que, devido à sua condição de saúde, eram excluídas socialmente (IHSCJ, 2010).

Ao longo dos tempos, a Congregação das IHSCJ expandiu-se e atualmente encontra-se em 27 países de quatro continentes (Europa, América, África e Ásia), e em Portugal desde 1894. Atualmente, a Congregação realiza a sua missão em 12 estabelecimentos de saúde a nível nacional, dos quais 8 situados no Continente e 4 nas regiões Autónomas (IHSCJ, 2010).

Estas instituições oferecem através das suas estruturas, um vasto conjunto de serviços, possibilitando o acolhimento, a assistência e o cuidado especializado e preferencial de indivíduos com problemas do foro mental, deficiências físicas ou psíquicas e outras patologias que carecem deste apoio hospitalar (IHSCJ, 2010). Numa visão crente e humanista da pessoa assistida, a congregação acolhe e ajuda, integralmente todos os doentes sem distinção de raça, género, religião, ideologia ou classe social (IHSCJ, 2010).

Esta família Hospitaleira é definida como uma comunidade pluralista, que numa visão relacional e de colaboração, é capaz de chegar às pessoas que estão em risco e que necessitam de cuidados de saúde. Assim, fazem parte da Comunidade Hospitaleira

as pessoas assistidas, os seus familiares, colaboradores, voluntários, benfeitores e amigos, pessoas em formação e as Irmãs (IHSCJ, 2010). Assumindo a importância de todas as partes integrantes desta comunidade, importa realçar que as pessoas assistidas são o objetivo principal, a causa e o centro do projeto hospitaleiro. Através de práticas inclusivas, reintegradoras e promotoras da qualidade de vida, acreditam estar a contribuir não só para aspetos físicos e psíquicos, mas também para aspetos sociais e espirituais da comunidade (IHSCJ, 2010).

Sendo esta uma Congregação que oferece uma amplitude de serviços, tanto hospitalares como extra-hospitalares, surge a necessidade de esclarecer os valores comuns e de referência que conduzem o trabalho realizado por esta instituição. A IHSCJ rege-se pela, **a hospitalidade**, definido como um valor humano capaz de dedicar o seu tempo, espaço, atenção, cuidados e recursos às pessoas assistidas (IHSCJ, 2010). Dentro deste valor primordial, a Congregação remete-nos ainda para oito valores fundamentais (IHSCJ, 2010; IHCSI, s.d.a): **a sensibilidade perante os excluídos** (atenção preferencial para os que são excluídos e marginalizados socialmente devido à sua condição de saúde); **o serviço aos doentes e necessitados** (as pessoas assistidas são o foco principal da instituição); **o acolhimento libertador** (promover a recuperação através da qualidade e do bem-estar emocional da pessoa assistida); **a saúde integral** (promover a recuperação através de uma visão holística da pessoa assistida); **a qualidade profissional** (eficácia dos serviços sustentada pelo rigor profissional, o trabalho em equipa, a atualização dos profissionais e a adaptação da assistência); **a humanidade na atenção** (valorização da pessoa assistida respeitando os seus direitos e a sua dignidade humana); **a ética em toda a atuação** (comportamento regido pelos critérios da bioética); **e a consciência histórica** (preservar as origens e as ideias base da instituição).

A Congregação das IHSCJ, fundamenta a sua ação com base em quatro modelos hospitalares, entre os quais (IHSCJ, 2010): o **modelo assistencial**, que assenta na ideia de uma intervenção personalizada e multidisciplinar atendendo à dimensão biológica, psicológica, social, espiritual e religiosa da pessoa assistida; o **modelo de gestão e administração**, que integra dois princípios, os princípios básicos que incluem a coerência com a identidade institucional, a ética e legalidade, a orientação dos recursos económicos a favor do destinatário, equidade e solidariedade, sobriedade, ausência de fins lucrativos e transparência e ainda os princípios operacionais que consistem na capacidade técnica, na integração de novas tecnologias, na eficácia e eficiência, no autofinanciamento e sustentabilidade, na proatividade em relação às novas necessidades, no estabelecimento de sinergias entre centros e províncias e também na promoção da inovação; o **modelo de relação com os colaboradores**, que

considera que qualquer colaborador ao serviço da IHSCJ deve contribuir com os seus conhecimentos e com uma participação ativa, respeitando os valores e a missão da instituição; e o **diálogo com a sociedade**, que consiste na forma como a IHSCJ procura estabelecer a comunicação com a comunidade de referência, adequando os seus planos de comunicação a cada cultura e incentivando os seus colaboradores para a divulgação dos projetos da instituição.

I.4.2 Casa de Saúde da Idanha

A CSI, fundada em 1894 por São Bento Menni, é um dos estabelecimentos de saúde dirigidos pela Congregação das IHSCJ, tendo sido nomeado como o primeiro centro de assistência da Congregação em Portugal (IHCSI, 2018a). Caracteriza-se por ser uma Instituição Particular de Solidariedade Social - IPSS com fins de saúde e rege-se pela mesma missão, visão e valores das IHSCJ (IHSCJ, 2018). Como IPSS, a sua grande preocupação assenta na prestação de cuidados de saúde diferenciados e humanizados, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades, cumprindo os fins referidos no Artigo 1.º-A do Decreto-Lei n.º 172-A/2014, do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

A CSI numa visão humanista e holística da pessoa assistida, tem como principal **missão** a prestação de cuidados diferenciados e humanizados, sobretudo no âmbito da saúde mental e psiquiatria, centrando-se nas melhores práticas e nas qualidades dos serviços prestados (IHCSI, 2018a).

A partir de uma intervenção especializada em saúde e no sentido de dar respostas à comunidade, este estabelecimento de saúde tem como **visão**, evoluir e adequar continuamente as suas práticas, de acordo com as necessidades da população atendida, integrando as dimensões, física, psíquica, social e espiritual da pessoa assistida. Nesta perspetiva a CSI fundamenta o seu trabalho com os **valores** institucionais defendidos pela Congregação IHSCJ (IHCSI, s.d.a): a sensibilidade em relação aos excluídos; o serviço aos doentes e necessitados; o acolhimento libertador; a saúde integral; a qualidade profissional; a humanidade na atenção, a ética em toda a atuação; e a consciência histórica.

Inerente à missão das IHSCJ, a qualidade reflete o objetivo primordial da congregação, sendo este o compromisso a ter por todos os centros assistenciais existentes, profissionais e equipas que integram esta congregação, existindo uma melhoria contínua dos diferentes tipos de intervenção (prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação), de forma a corresponder às necessidades de toda a comunidade hospitaleira incluindo utentes, familiares, profissionais, voluntários, entidades parceiras (IHCSI, s.d.a).

Neste sentido, importa reforçar que a CSI valoriza a qualidade dos seus serviços e as melhores práticas de cuidados de saúde, promovendo o bem-estar biológico, psicológico, social e espiritual das pessoas assistidas, com fim à promoção da autonomia e melhor qualidade de vida (IHSCJ, 2010). Com o propósito de integrar este valor fundamental a CSI rege-se pelo modelo assistencial hospitalar, assente nos requisitos legais e regulamentares aplicáveis (IHCSI, s.d.a).

Além disto, procura contribuir para o nível de satisfação da comunidade hospitalar, identificando as suas necessidades (IHCSI, s.d.a). Ainda, garante a gestão de recursos promovendo a sustentabilidade do estabelecimento de saúde, viabiliza a qualidade do desempenho dos colaboradores, apostando no desenvolvimento contínuo das suas competências, através de formações e congressos. Assegura a melhoria contínua das diferentes áreas, técnica, científica, humana e espiritual, através do planeamento, monitorização, análise e revisão da prestação de cuidados. Por último, a CSI preserva a comunicação com instituições académicas, possibilitando a realização de estágios curriculares, pré-profissionais e profissionais, garantindo a relação com futuros profissionais das mais diversas áreas da saúde (IHCSI, s.d.a).

1.4.2.1 Serviços e projetos de intervenção

No âmbito da prestação de cuidados de saúde, a instituição desenvolve alguns dos objetivos já referidos a partir de uma intervenção especializada de acordo com o modelo assistencial hospitalar, que abrange a vertente preventiva, terapêutica e reabilitativa. Esta metodologia forma de atendimento pressupõe uma intervenção com base num conjunto de processos realizados por equipas multidisciplinares, tais como: o diagnóstico, a avaliação, o planeamento e a elaboração de um programa individualizado de cuidados (IHCSI, s.d.a).

Todos os serviços e cuidados desenvolvem uma intervenção focada nos princípios institucionais, tais como, a máxima qualidade, a responsabilidade ética, a competência e eficiência dos profissionais e a adequada utilização e rentabilidade de recursos, garantindo sempre os benefícios para a pessoa assistida (IHSCJ, 2010).

Atualmente a CSI oferece as seguintes áreas assistenciais (IHCSI, s.d.c): a **Psiquiatria**, em unidades de curto, e longo internamento e ainda unidades residenciais de apoio máximo e apoio moderado; a **DID e duplo diagnóstico**, em unidades de longo internamento e unidades residenciais internas de apoio máximo e moderado; a **Psicogeriatría/ Gerontopsiquiatria**, em unidades de médio e longo internamento; os **Cuidados Continuados e Integrados**, numa unidade de cuidados paliativos e numa unidade de média duração e reabilitação; o **Ambulatório**, que integra consultas

externas nas áreas de psiquiatria, psicologia, gerontopsiquiatria, terapia da fala, psicomotricidade, nutrição, fisioterapia e ainda consultas de apoio ao luto e cuidados paliativos; e a **Reabilitação Profissional** (POLISERCOOP- Cooperativa de Solidariedade Social) na área da lavandaria e apoio ao domiciliário.

Neste sentido e, de forma a garantir uma assistência integral e o funcionamento dos serviços saúde nas suas diversas vertentes, a instituição integra um amplo conjunto de serviços técnicos-assistenciais, que é o caso dos serviços médicos (psiquiatria, neurologia, clínica geral, ginecologia, otorrinolaringologista, estomatologia, fisioterapia e os cuidados paliativos); os serviços de enfermagem, psicologia, social, nutrição, terapia ocupacional, medicina física e reabilitação, terapia da fala; educação física educação física adaptada, psicomotricidade e ainda, numa perspetiva de serviços sócio terapêuticos, existem os serviços de recursos humanos, o serviço pastoral de saúde, de voluntariado, departamento de formação, qualidade, gabinete do utente, projetos de hidroterapia e de estimulação sensorial, atividades produtivas e criativas e a animação cultural (IHCSI, s.d.c).

Atualmente, a CSI dispõe de um conjunto de projetos de intervenção que estão em pleno funcionamento, entre os quais (IHCSI, s.d.b):

- **Programa de atividades produtivas e criativas**, integra 18 ateliês de atividades ocupacionais (e.g. tecelagem, cozinha, música, artes decorativas, expressão plástica, entre outros). Este projeto tem como principal objetivo, promover atividades ocupacionais significativas para as pessoas assistidas, com fim à promoção da autonomia na sua realização pessoal e social. Os técnicos da área da terapia ocupacional são responsáveis pelo encaminhamento dos utentes, considerando as preferências e competências individuais da pessoa assistida;
- **Programa de alívio à família/cuidador**, desenvolve-se na unidade 14 da CSI, existindo uma lotação máxima de 10 camas para esse fim. Este programa tem como principal objetivo internar o utente no sentido de permitir à família/cuidador ter um período de descanso ou ausentar-se por algum motivo;
- **Programa Psicoeducativo para cuidadores de pessoas com Demência**, desenvolve-se na unidade 14 da CSI com o principal objetivo de esclarecer e promover estratégias aos familiares e cuidadores da pessoa com demência. Esta partilha de informação e aprendizagem é fundamental no sentido de promover uma relação de equilíbrio entre o doente e o seu cuidador, bem como para promover uma participação ativa do cuidador na vida do seu familiar;
- **Programa de estimulação sensorial – snoezelen**, destina-se a utentes de várias unidades, com o objetivo de promover a estimulação sensorial através de diversos estímulos que podem ser visuais, auditivos ou táteis. Esta intervenção tem como principal fim, proporcionar um momento de bem-estar e de relaxação à pessoa assistida e, simultaneamente, estimular os seus sentidos primários sem que haja recurso a funções cognitivas;
- **Programa de Reabilitação Cognitiva Computorizada**, define-se por ser um programa que integra um conjunto de exercícios para o treino intensivo de funções cognitivas,

adaptado individualmente a cada utente através do estabelecimento de nível de dificuldade. Centra-se sobretudo no treino das funções cognitivas ao nível da atenção, linguagem, memória, funções executivas, entre outras. Este programa é aplicado por terapeutas devidamente qualificados para a sua realização;

- **Programa de Hidroterapia e Educação Física Adaptada**, ocorre em três espaços distintos, no tanque terapêutico da instituição, na piscina municipal de Mira-Sintra e no ginásio da instituição. No âmbito da hidroterapia existe a vertente terapêutica de adaptação ao meio aquático e a natação adaptada, onde são aplicadas técnicas de natação mais avançadas. Relativamente à educação física adaptada, esta ocorre no ginásio da instituição duas vezes por semana pré-definido para cada unidade. Este espaço oferece a exploração de um conjunto de materiais lúdicos e máquinas para o treino cardiovascular;
- **Programas lúdico-recreativos e Programas de animação cultural**, que proporcionam a realização de atividades fora do espaço físico da instituição e que tem uma vertente lúdica, mas também terapêutica (e.g. encontro de intercentros IHSCJ).

Ainda através da articulação com a comunidade, a CSI promove atividades de integração social fora da instituição, tais como (IHCSI, s.d.b): o campo de férias (10 dias); o fim-de-semana hospitaleiro (3 dias); a experiência missão hospitaleira (10/15 dias); retiro hospitaleiro (3 dias); e o acompanhamento pessoal. Estes encontros possibilitam numa perspetiva social e espiritual, minimizar o estigma associado à doença mental e contribuir para a qualidade de vida da pessoa assistida, permitindo a descoberta do próprio e potenciando a relação interpessoal (IHCSI, s.d.b).

1.4.2.2 Unidades e residências

A CSI tem atualmente uma capacidade máxima de 525 camas divididas por 17 unidades de internamento, 4 residências internas de apoio máximo e moderado e 4 residências na comunidade de apoio moderado (IHCSI, s.d.a).

De acordo com as informações fornecidas pela técnica Ana Antunes (comunicação pessoal, 13 de janeiro de 2018) as unidades e as residências organizam-se da seguinte forma:

- **Unidade 1 e 2:** são unidades mistas de Psiquiatria de Agudos de curto internamento, que têm uma lotação 30 e 12 utentes, respetivamente;
- **Unidade 3/4:** são unidades mistas de Psiquiatria de longo internamento, que têm cada uma a lotação máxima de 29 utentes;
- **Unidade 5:** é uma unidade mista de Psiquiatria de longo internamento, mas com uma maior necessidade de apoio comparativamente com as unidades 3/4. Tem uma lotação máxima de 30 utentes;
- **Unidade 6:** é uma unidade feminina no âmbito da DID com necessidade de apoio pervasivo, oferecendo uma lotação máxima de 29 utentes;
- **Unidade 7:** é uma unidade de lesão cerebral e reabilitação de curto internamento, que tem uma ocupação do tipo misto com uma lotação máxima de 24 utentes;
- **Unidades 8, 9, 10, 11 e 12:** são unidades mistas de psicogeriatrica (+ 65 anos). A lotação máxima destas unidades varia entre os 24 e os 29 utentes;

- **Unidade 13:** é uma unidade mista da rede nacional de cuidados continuados integrados, que tem uma duração média de internamento e possui um total de 21 camas;
- **Unidade 14:** é uma unidade de gerontopsiquiatria e reabilitação cognitiva de curto internamento (máximo 3 meses), que tem uma lotação máxima de 26 utentes. É uma unidade mista destinada ao cuidado das demências e do défice cognitivo ligeiro;
- **Unidades 15 e 16:** são unidades de longo internamento no âmbito da DID de apoio extensivo e que integram apenas utentes do género feminino. Estas unidades apresentam respetivamente uma lotação máxima de 40 e 22 utentes;
- **Unidade 17:** é uma unidade mista de cuidados paliativos que tem a capacidade de dar resposta a 10 doentes em fase terminal;
- **Residência do Sol:** é uma residência interna destinada a utentes do género feminino, dos 18 aos 65 anos, no âmbito da DID com um apoio moderado/intermitente. As utentes necessitam de supervisão nas ABVD, sendo autónomas em muitas das tarefas diárias. Esta residência tem uma lotação máxima de 20 camas;
- **Residência do Girassol:** é uma residência interna destinada a utentes do género feminino, dos 18 aos 65 anos, no âmbito da DID com um apoio limitado. As utentes necessitam apenas de uma supervisão pontual nas AVD. Esta residência tem uma lotação máxima de 10 camas;
- **Residência das Flores:** é uma residência interna destinada a utentes do género feminino, dos 18 aos 65 anos, no âmbito da DID com um apoio extensivo. As utentes necessitam de um acompanhamento regular em contextos específicos, bem como nas suas ABVD. Esta residência tem uma lotação máxima de 12 camas;
- **Residência das Estrelas:** é uma residência interna mista, dos 18 aos 65 anos, no âmbito da psiquiatria. Existe a necessidade de apoio moderado/ intermitente e uma supervisão nas atividades de vida diária. Esta residência tem uma lotação máxima de 20 camas;
- **Projeto Laço Verde:** 4 apartamentos, com uma lotação máxima de 6 utentes, que permitem o acolhimento de utentes do género feminino na comunidade de Belas. Este projeto destina-se às utentes da ala psiquiátrica que têm um nível de funcionalidade que lhes permite viver de forma autónoma, necessitando apenas de acompanhamento esporádico do técnico de referência.

1.4.2.3 Equipa e comunidade da CSI

No que respeita aos recursos humanos e ao funcionamento geral da CSI, existe uma organização hierárquica de acordo com o organograma da Figura 1.

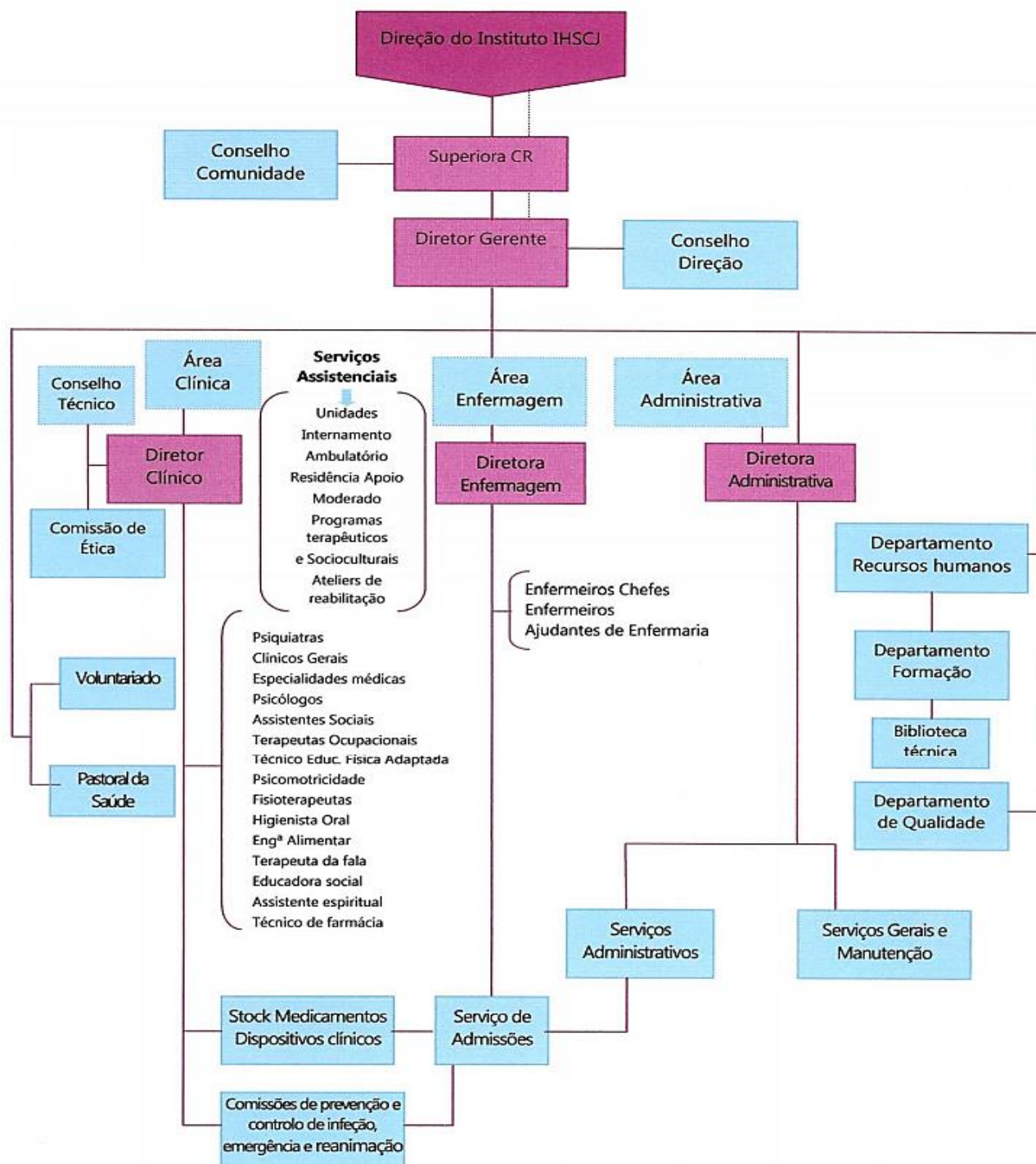


Figura 1 - Organograma da CSI (IHCSI, 2013)

Como se pode verificar pela interpretação do organograma, a Direção do IHSCJ está acima, em termos hierárquicos, da Direção da CSI. A direção da CSI tem um diretor geral, uma superior e posteriormente outros diretores consoante as áreas, administrativa, clínica e de enfermagem. Dentro da área administrativa existem os serviços administrativos, os serviços de manutenção e ainda os serviços de admissão. A área de enfermagem integra toda a sua equipa técnica, bem como as suas chefias e ajudantes, influenciado também o serviço de admissão. No caso da área clínica, esta integra as várias especialidades e áreas de saúde referidas anteriormente. Ainda e não menos importante, existem os departamentos de âmbito social como, o voluntariado, o serviço pastoral de saúde, entre outros. Por último, o departamento de formação está inserido na área dos recursos humanos (IHCSI, 2013).

De acordo com as informações fornecidas pela terapeuta Ana Antunes (comunicação pessoal, 13 de janeiro de 2018), a CSI conta com uma vasta equipa multidisciplinar, de forma a dar resposta aos serviços acima referidos. Esta equipa é constituída mais especificamente por médicos de várias especialidades, vários enfermeiros, cinco psicólogos, cinco assistentes sociais, dois psicomotricistas, cinco terapeutas ocupacionais, uma terapeuta da fala, sete fisioterapeutas, um higienista oral, um animador social, dois monitores, diversos auxiliares de apoio geral e profissionais da equipa administrativa.

1.4.2.4 Espaços físicos da CSI

Relativamente às instalações da CSI, esta dispõe de amplos espaços no seu interior e ainda de espaços verdes no seu exterior.

No caso dos espaços físicos existem quatro edifícios, entre os quais: **edifício central** (onde se situa a receção, farmácia, armazém, lavandaria, vestiários e refeitório dos colaboradores, ginásio da Educação Física Adaptada, sala de snoezelen, sala de formação, a cafetaria, ateliês e unidades de psiquiatria de incidência moderada e profunda); o **edifício verde** (onde está localizada a capela, gabinetes e sala de apoio técnico, secretaria, tanque terapêutico, unidades de médio internamento de psicogeriatrica, ginásio de medicina física e reabilitação e a unidade de gerontopsiquiatria); o **edifício laranja** (onde estão situados os gabinetes médicos para consultas externas e unidades de curto internamento de casos agudos); e o **edifício antigo** (que contém as residências de vida protegida; a unidade da DID moderada; e a unidade de cuidados paliativos).

Ao redor dos edifícios, a CSI apresenta espaços exteriores de grande dimensão, como jardins ao ar livre e um parque de estacionamento gratuito para colaboradores ou visitas de familiares.



Figura 2 - Estruturas físicas da CSI (Cefiprol, s.d)

Relativamente às estruturas físicas destinadas aos diversos serviços terapêuticos, são habitualmente adaptadas e constituídas por diferentes materiais de forma a garantir a eficiência e eficácia das mais diversas áreas de intervenção, tais como, a fisioterapia, a psicomotricidade e a terapia ocupacional. Neste sentido, existem salas terapêuticas nas respetivas unidades, um ginásio comum, uma sala de Snoezelen, um tanque terapêutico, um “*Ginásio Cerebral Sénior*” (unidade 14) onde se realizam treinos cognitivos computadorizados e ainda os ateliês de atividades ocupacionais, como podem ser consultados alguns desses espaços no anexo A. Estes últimos espaços permitem a realização de alguns projetos de intervenção acima descritos.

Importa salientar que todas as unidades da CSI, dispõem de estruturas e meios para garantir o cuidado de saúde de toda e qualquer pessoa assistida, que permitem a eficiência do funcionamento, como é o caso do refeitório, sala de estar, casas de banho de apoio aos cuidados de higiene, o gabinete médico e de enfermaria, quartos privados e partilhados com uma lotação máxima de 3 utentes (anexo B). Em todas as unidades e espaços da CSI é visível a preocupação na higienização, segurança e acessibilidade. As entradas e os corredores das unidades são amplos permitindo a passagem de cadeiras de rodas e as casas de banho encontram-se totalmente equipadas e adaptadas às necessidades dos utentes. Ainda ao nível da acessibilidade, importa referir a existência de rampas de acesso ao interior dos edifícios, bem como elevadores no seu interior que facilitam a movimentação do utente dentro da instituição.

1.4.2.5 População-alvo, encaminhamento e condições de ingresso

Como foi anteriormente referido na caracterização dos serviços prestados, a CSI presta cuidados diferenciados e especializados sobretudo ao nível da Psiquiatria, DID, Psicogeriatría e Gerontopsiquiatria, porém apresenta uma população heterogénea no que se refere às patologias e diagnósticos estabelecidos. Atualmente, a instituição já recebe utentes a partir dos 18 anos de idade, com uma maior incidência no atendimento de utentes do género feminino em relação ao género masculino (comunicação pessoal, 13 de janeiro de 2018).

A população-alvo pode chegar à CSI através do encaminhamento por parte de outros centros hospitalares ou pelo conhecimento prévio da instituição na presença assídua em consultas externas. Após o encaminhamento do utente pelo médico é realizada uma avaliação por parte da equipa de enfermagem, na qual existe uma triagem e um encaminhamento para a unidade de saúde de acordo com as necessidades clínicas e terapêuticas do utente. Na unidade, dependendo das intervenções necessárias e disponibilizadas para o utente, é realizada uma avaliação por parte de uma equipa multidisciplinar e definido o plano de intervenção individualizado.

1.4.2.6 Serviço de psicomotricidade na CSI

O presente subcapítulo destina-se ao enquadramento do serviço de Psicomotricidade na CSI com o propósito de expor a sua organização e a forma de atuação em diferentes contextos e/ou serviços bem como, a intencionalidade dos seus objetivos terapêuticos no trabalho desenvolvido com as pessoas assistidas. A salientar que, toda a informação foi obtida através de conversas informais com os vários profissionais de saúde da CSI e por observação e contato direto com o serviço, em diferentes contextos.

Como referido anteriormente na caracterização dos serviços prestados a Psicomotricidade apresenta-se com uma das áreas de intervenção da CSI, tendo sido criada no ano 2005, pela Técnica Superior em Educação Especial e Reabilitação, Ana Morais. Desde o seu início a área assume funções no âmbito da Psiquiatria, Gerontopsiquiatria, DID e ainda, em unidades residenciais e ambulatório (comunicação pessoal, 13 de janeiro de 2018).

Atualmente devido à reestruturação da equipa técnica, o serviço de Psicomotricidade conta com a colaboração de duas Psicomotricistas que dão respostas terapêuticas a várias unidades da CSI, mais especificamente à unidade 1 (Psiquiatria), unidade 7 (Lesão Cerebral e Reabilitação), unidade 14 (Gerontopsiquiatria) e unidade 16 (DID). Ainda realizam intervenção em ambulatório (consultas externas) e assumem responsabilidades de técnica de referência com utentes de diferentes unidades. Importa salientar que em todas as unidades onde é prestado este serviço, as terapeutas

integram equipas multidisciplinares constituídas por profissionais de outras áreas de intervenção tais como, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, entre outros. O trabalho em equipa e a comunicação entre os diferentes profissionais é imprescindível, na melhoria contínua de intervenção e na adaptação de objetivos terapêuticos, face às necessidades da pessoa assistida (comunicação pessoal, 13 de janeiro de 2018).

Neste sentido, as técnicas de psicomotricidade participam mensalmente em reuniões de equipa técnica nas unidades de longo internamento e semanalmente nas unidades da DID e da Gerontopsiquiatria. Recentemente, uma das terapeutas deste serviço participa ativamente no Projeto de Reabilitação Cognitiva, descrito anteriormente, sendo uma das profissionais especializadas para a realização desta intervenção. É ainda uma das grandes responsáveis pela concretização do Projeto Amália, bem como pela intervenção mediada por este robot terapêutico que tem como principal objetivo melhorar a qualidade de vida de pessoas com demência, atuando ao nível da área cognitiva, emocional, psicológica e emocional (comunicação pessoal, 13 de janeiro de 2018).

Para além da prática psicomotora, o serviço encontra-se envolvido na organização de outras atividades realizadas na instituição, tais como, passeios, atividades lúdico-recreativas no exterior, olimpíadas hospitalares, jogos tradicionais, organização de congressos, seminários, palestras, ações de formação, entre outros (comunicação pessoal, 13 de janeiro de 2018).

De forma planeada e intencional, o serviço de Psicomotricidade da CSI tem como principal objetivo atenuar as dificuldades, estimular as capacidades funcionais, promover o bem-estar físico e emocional da pessoa assistida, potencializando a autonomia e a sua qualidade de vida. Assim, através de intervenções em grupo ou individuais, a terapia psicomotora procura estimular as capacidades psicomotoras (tonicidade, equilíbrio, estruturação espaço-temporal, padrões posturais locomotores, motricidade fina e global e noção do corpo); adequar as competências sócio emocionais, promovendo o equilíbrio emocional e o sucesso nas relações interpessoais; e atenuar ou manter as capacidades cognitivas (memória, linguagem, atenção, funções executivas, praxias e gnosias). A escolha dos contextos de intervenção vai depender das necessidades da pessoa assistida e dos objetivos terapêuticos previamente delineados pela terapeuta. De forma a dar resposta a estas necessidades e garantir a qualidade da intervenção, a CSI disponibiliza vários contextos onde pode ser realizada a terapia psicomotora, tais como, a sala terapêutica, o snoezelen, o tanque terapêutico, entre outros (comunicação pessoal, 13 de janeiro de 2018).

Os utentes podem usufruir da intervenção psicomotora através do internamento ou pela presença em consultas externas. No caso do internamento, a psicomotricidade é um serviço integrado e prestado ao utente, sendo apenas necessário que na reunião de equipa técnica o enfermeiro responsável faça o encaminhamento do utente para a realização desta intervenção. Posteriormente, as terapeutas são responsáveis por proceder à avaliação do utente, determinando a pertinência e o contexto mais adequado à sua intervenção (comunicação pessoal, 13 de janeiro de 2018).

Relativamente ao encaminhamento para consultas externas o médico responsável pelo acompanhamento realiza uma prévia avaliação e fundamenta a presença da pessoa assistida nas sessões terapêuticas. As sessões são antecipadamente agendadas pela psicomotricista, sendo que todos os custos referentes à avaliação e intervenção psicomotora realizada com o utente são suportados pelo próprio ou por familiares, podendo existir acordos com entidades seguradoras (comunicação pessoal, 13 de janeiro de 2018).

II Realização da Prática Profissional

O atual capítulo destina-se à descrição da prática psicomotora durante o período de estágio na CSI. Para este propósito, torna-se imprescindível apresentar a organização do estágio explicitando o horário, a calendarização das diferentes etapas de intervenção, bem como, a caracterização das unidades e contextos que fizeram parte de todo o período de intervenção.

Ainda e não menos importante será realizada uma breve abordagem aos recursos materiais e documentos de apoio imprescindíveis para a organização de todo o trabalho realizado. Este breve enquadramento fará uma ponte de ligação com o capítulo seguinte, onde são descritos e analisados os casos intervencionados.

II.1 Organização da Prática de Estágio

O presente estágio iniciou-se no dia 6 de outubro de 2017, no qual existiu uma reunião inicial de apresentação com a orientadora local, terapeuta Ana Antunes. No primeiro contacto, foi referida a dinâmica do estágio de Mestrado na instituição, e quais seriam as áreas e contextos específicos de intervenção, de forma a corresponder aos objetivos definidos no âmbito do estágio curricular.

Neste sentido, a intervenção decorreu nas áreas de Lesão Cerebral e Reabilitação (unidade 7), Gerontopsiquiatria (unidade 14) e DID (unidade 16), contemplando dinâmicas de intervenção individual e de grupo em diferentes contextos, como será explicitado mais à frente no relatório.

Inicialmente, as atividades de estágio organizaram-se de acordo com o horário descrito na tabela 1.

Tabela 1- Horário inicial de estágio

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta
09:30H-10:00H	Chegada à CSI – Preparação do dia			
10:00H-11:00H	Sessão Individual U7	Sessão Individual U7		
11:00H-12:00H	Sessão Individual U7	Sessão Individual U7	Sessão Individual U7	Sessão Individual U7
12:00H-13:00H	Sessão de Grupo Avançado U14	Sessão de Grupo Dependente U14	Sessão de Grupo U16	Sessão de Snoezelen Individual U14
13:00H-14:00H	Hora de Almoço			
14:00H-14:30H			Sessão de Grupo Intermédio U14	Sessão de Grupo Intermédio U14
14:30H-15:00H	Reunião de Equipa U14			
15:30H-17:00H			Sessão de Grupo Avançado U14	

No período inicial da manhã as atividades decorriam na unidade 7, realizando-se um apoio trissemanal a dois casos individuais. No fim da manhã, às segundas e terças-feiras, decorriam intervenções em grupo na unidade 14, às quartas-feiras na unidade 16 e às quintas-feiras uma sessão de snoezelen com um caso individual da unidade 14. Durante o período da tarde, a intervenção centrava-se na unidade 14, à segunda-feira existiam reuniões de equipa técnica e às quartas e quintas-feiras eram realizadas dinâmicas de grupos.

Durante o período de estágio, mais especificamente em dezembro, houve algumas reestruturações no horário devido a mudanças internas no serviço de psicomotricidade, como é possível consultar na tabela que se segue (tabela 2). Após a reestruturação do horário, a estagiária começou a intervir apenas nas unidades 14 e 16, e foi acrescentado à prática o contexto de intervenção em meio aquático, posteriormente caracterizado.

Tabela 2- Horário de estágio reestruturado

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta
09:30H-10:00H	Chegada à CSI – Preparação do dia			
10:00H-11:00H	Sessão Individual U14	Sessão Individual U14	Sessão Individual U14	Sessão do Grupo Avançado Tanque Terapêutico
11:00H-12:00H	Sessão Individual U14	Sessão Individual U14 (acompanhamento das estagiárias de licenciatura)	Sessão Individual U14	Sessão Individual U14 (acompanhamento das estagiárias de licenciatura)
12:00H-13:00H	Sessão de Grupo 2 Avançado U14		Sessão de Grupo U16	Sessão de Snoezelen Individual U14
13:00H-14:00H	Hora de Almoço			
14:00H-14:30H				Sessão de Grupo 1 Intermédio U14
14:30H-15:00H	Reunião de Equipa U14		Sessão de Grupo 1 Intermédio U14	(acompanhamento das estagiárias de licenciatura)
15:30H-17:00H			Sessão de Grupo 2 Avançado U14	

Na tabela 2 é possível verificar que na unidade 14 a estagiária realizava 3 sessões semanais com dois casos individuais, acompanhava duas vezes por semana cada grupo de intervenção, grupo 1 e 2 designados respetivamente por grupo intermédio e avançado, e ainda no que respeita a esta unidade realizava uma sessão de snoezelen semanalmente. Duas vezes por semana acompanhava as estagiárias de licenciatura

nas intervenções individuais, por elas dinamizadas. O horário contemplava também uma intervenção semanal na unidade 16, bem como uma sessão semanal em meio aquático. Semanalmente, existia uma reunião da equipa técnica na unidade 14, habitualmente à segunda-feira, tendo sido assídua a presença da estagiária.

Importa referir que consoante a necessidade de existir um acompanhamento individual a novos casos, o horário era reformulado, mantendo-se, porém, o horário das intervenções em grupo das unidades 14 e 16.

Os períodos livres destinavam-se à elaboração de planos e relatórios de sessão e ainda algumas reuniões com orientadora e terapeuta Ana Antunes, para o esclarecimento de dúvidas, partilha de conhecimento e reflexão face à prática realizada.

II.1.1 Calendarização das Fases de Estágio

Sintetizando as diferentes fases de intervenção ao longo período estágio, construiu-se a tabela 3 que contempla a denominação das etapas bem como, a sua realização por ordem cronológica.

Tabela 3 - Calendarização das etapas de estágio

		2017				2018			
Etapas do Estágio		Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Observação									
Avaliação Inicial						ECI* ECG*			
Intervenção	Supervisionada								
	Autónoma								
Avaliação Final									ECI* ECG*
*Legenda: ECG- estudo de caso grupo; ECI- estudo de caso individual									

A fase de observação decorreu na primeira semana de estágio de 9 a 12 de outubro de 2017. Nesta semana, existiu a possibilidade de observar a intervenção da estagiária do ano anterior, perceber a dinâmica, os procedimentos e a organização das várias unidades, bem como ter o primeiro contato com os utentes e conhecer algumas características por observação direta. Esta fase foi crucial para consolidar procedimentos ao nível da comunicação com a equipa de enfermagem, antes e após a intervenção, de forma a existir uma troca de informações pertinentes sobre os utentes, bem como compreender o momento de transição dos utentes da unidade para a sala terapêutica, integrando estratégias e normas de segurança que facilitassem esta deslocação. Ainda permitiu de uma forma objetiva retirar um conjunto de informações iniciais sobre os

comportamentos e características dos utentes pertinentes para uma posterior fase de intervenção.

Após o período de observação iniciou-se a avaliação inicial ao primeiro caso individual que foi acompanhado. A avaliação decorreu no período de uma semana, seguindo-se o planeamento e a estruturação da intervenção a ser realizada e, por conseguinte, as respetivas sessões. Este procedimento ocorreu sempre que a estagiária iniciava o acompanhamento a um novo caso, de forma a que fossem estabelecidos os objetivos terapêuticos e existisse sempre uma intervenção intencional e adaptada às reais necessidades da pessoa assistida. No que respeita aos estudos de caso, individual e em grupo, foram realizadas as avaliações iniciais no mês de fevereiro, tendo existido uma intervenção total de 3 meses, finalizada a 30 maio de 2018, como será descrito minuciosamente mais à frente.

Inicialmente, a intervenção foi supervisionada, pelo que durante o período de mês de outubro a terapeuta Ana Antunes estava presente durante o decorrer das sessões. Neste período existiu a supervisão e o auxílio, quando necessário, da terapeuta, facilitando a familiarização da estagiária no contexto de intervenção. A salientar que no contexto de meio aquático, existiu durante todo o período de estágio a supervisão e acompanhamento permanente da orientadora. As sessões realizadas durante a semana eram previamente planeadas e posteriormente analisadas e validadas pela orientadora. Nesta fase, o olhar crítico da orientadora sobre as intervenções realizadas permitiram a reflexão e adequação de algumas práticas, métodos e estratégias de intervenção ao longo das sessões, tendo sido fundamental para a capacidade da estagiária realizar atividades com uma linha continua visando a sua intencionalidade e para alteração de comportamentos e formas de dinamização das atividades (e.g. assertividade).

No decorrer das sessões e de forma gradual, a estagiária começou a dinamizá-las de forma autónoma, sem supervisão. Ainda assim, existiram períodos semanais destinados à reflexão de situações-problema relativas às intervenções realizadas, ao esclarecimento de dúvidas e à troca de experiências com a terapeuta Ana Antunes. Esta fase tornou-se fundamental para a capacidade de crescimento profissional, desenvolvendo competências que permitiram contornar desafios e obstáculos de forma autónoma no momento da sessão, sem que existisse a procura de apoio/dependência para a superação dessas situações. Importa referir que também nesta fase existiu o acompanhamento e o auxílio às estagiárias de licenciatura, nas suas respetivas intervenções. No final desta fase procedeu-se à realização da avaliação final dos

estudos de caso, individual e grupo, permitindo a comparação com os resultados iniciais e desta forma estabelecer o perfil final dos respetivos casos.

Assim, o estágio decorreu num período total de oito meses, a salientar que durante este período existiram duas interrupções letivas, designadamente de 22 de dezembro de 2017 a 2 de janeiro de 2018 e de 16 a 19 de abril de 2018, para as celebrações das épocas festivas Natal e Páscoa, respetivamente.

II.1.2 Caracterização das Unidades de Intervenção

Como referido anteriormente as atividades de estágio decorreram nas unidades 7, 14 e 16, descritas com maior detalhe em seguida.

II.1.2.1 Unidade 7

Denominada também por unidade Santa Isabel da Hungria, localiza-se no piso 2 do edifício verde da CSI. Esta unidade dá resposta a casos de lesão cerebral e reabilitação física e/ou cognitiva. Caracteriza-se por ser uma unidade de curto internamento, num período máximo de 3 meses e tem uma ocupação do tipo mista com uma lotação máxima de 24 utentes. Esta unidade não tem como critério de admissão a idade, sendo considerada uma unidade de reabilitação global que presta cuidados clínicos e reabilitativos diferenciados. Assim, para além dos cuidados clínicos realizados por uma equipa médica e de enfermagem, ao nível do apoio terapêutico fazem parte as áreas da fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala e psicomotricidade. No âmbito da intervenção psicomotora a dinâmica é realizada individualmente, tendo existido um acompanhamento de dois utentes, com uma frequência trissemanal.

II.1.2.2 Unidade 14

A unidade Maria Josefa Récio, unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva, centra-se no cuidado de quadros demenciais e reabilitação cognitiva. É de curto internamento, duração máxima de 3 meses, tendo uma capacidade total para 26 utentes do género feminino e masculino. Este período de cuidados pode estender-se em algumas situações, nomeadamente, situação clínica do utente, respetiva situação familiar e contexto social. O encaminhamento médico do utente para a unidade deve-se a um internamento para o controlo sintomático, reabilitação cognitiva, alívio do cuidador por ausência temporária ou instabilidade emocional derivada ao seu papel como cuidador. O número de ocupações disponíveis para cada vertente de internamento são, respetivamente, 16 para a controlo sintomático/reabilitação cognitiva e 10 para alívio do cuidador.

Os utentes que integram a unidade podem usufruir de áreas de intervenção de acordo com a sua situação clínica e objetivos terapêuticos estabelecidos. Posteriormente à admissão e encaminhamento do caso pela equipa de enfermagem, o utente é direcionado para as intervenções, podendo ser fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, psicomotricidade e psicologia, podendo ainda usufruir de sessões de reabilitação cognitiva e dos ateliês de atividades ocupacionais.

No âmbito da intervenção psicomotora as sessões realizam-se individualmente ou em grupo, na sala terapêutica da respetiva unidade, em contexto *snoezelen*, ou outro espaço que facilite o sucesso da intervenção (e.g. espaços exteriores como jardins). No momento do encaminhamento do utente é discutido pela equipa técnica a intervenção que melhor se ajusta às suas necessidades vs. potencialidades, sendo que, no caso de uma intervenção individual o utente realiza sessões trissemanais e numa dinâmica de grupo a frequência será bissemanal. Importa referir que a unidade contempla 3 grupos de intervenção diferenciados pelo seu nível de autonomia, competências motoras, cognitivas e socioemocionais (grupo dependente, grupo intermédio e grupo avançado). Relativamente ao contexto de *snoezelen*, o encaminhamento do utente é feito tendo por base o nível de comprometimento cognitivo, procurando através deste contexto estimular as capacidades sensoriomotoras residuais, sem exigir do ponto vista intelectual, tarefas mais complexas.

Durante o período de estágio nesta unidade, foi realizada uma intervenção individual a 2 utentes na sala terapêutica, 4 utentes no *snoezelen* e entre 8 a 10 utentes em cada grupo de intervenção (intermédio e avançado), alternando de acordo com as admissões e altas na unidade.

II.1.2.3 Unidade 16

A unidade 16, localizada no edifício mais antigo da CSI, caracteriza-se por ser uma unidade de longo internamento, com uma lotação máxima de 22 utentes no âmbito da DID, integrando apenas utentes do género feminino. As utentes internadas nesta unidade necessitam de apoio extensivo, i.e., um apoio regular durante as atividades de vida diária, bem como em atividades realizadas noutros contextos.

No âmbito clínico, existe sempre um acompanhamento de uma equipa de enfermagem que garante todos os cuidados de saúde e bem-estar. No que concerne às áreas terapêuticas e dependendo do encaminhamento dos casos e dos objetivos terapêuticos estabelecidos, as utentes podem usufruir de intervenções ao nível da terapia ocupacional, psicomotricidade, fisioterapia e ainda de acompanhamento psicológico. As utentes que integram esta unidade podem também usufruir do programa

de atividades produtivas e criativas, tendo à disposição um total de 18 ateliês de atividades ocupacionais. Ainda, e dependendo do nível de autonomia da utente, existe a possibilidade de explorar espaços exteriores da instituição.

Em relação à intervenção psicomotora, realiza-se uma dinâmica de grupo no gabinete de enfermagem, semanalmente, sendo que os 4 casos acompanhados foram previamente avaliados pela equipa técnica e encaminhados para esta área de intervenção. Duas utentes acompanhados em grupo nesta unidade integravam também o grupo de intervenção psicomotora em meio aquático, o que possibilitava uma intervenção mais ampla e diversificada face aos objetivos terapêuticos pretendidos.

II.1.3 Espaços de Intervenção Psicomotora na CSI

O serviço de psicomotricidade na CSI, como referido anteriormente, é realizado em diferentes contextos tendo em conta as necessidades e os objetivos terapêuticos pré-definidos para a pessoa assistida. Neste sentido, as estruturas físicas da instituição disponibilizam espaços específicos para a intervenção psicomotora, tais como: salas terapêuticas dentro das respetivas unidades; uma sala de snoezelen; um tanque terapêutico e um ginásio de manutenção direcionado sobretudo à educação física adaptada.

Assim, proceder-se-á à caracterização aprofundada dos espaços utilizados durante o estágio e nos quais decorreram as fases de observação, avaliação e intervenção psicomotora.

II.1.3.1 Sala Terapêutica

Durante o período de intervenção foram utilizadas duas salas terapêuticas da unidade 7 e 14 (imagens ilustrativas no anexo A).

A sala terapêutica da **unidade 7** localiza-se perto da sala de estar, é um espaço com uma dimensão aproximada de 6 metros quadrados, tem 4 janelas que possibilitam a entrada de luz natural e por conseguinte, uma adequada iluminação do espaço. Para além das sessões individuais de psicomotricidade, ocorre o trabalho simultâneo de outros profissionais nas áreas de fisioterapia, fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala, existindo quando necessário uma intervenção conjunta dos vários profissionais em co-terapia. De forma a salvaguardar o sucesso das diferentes intervenções, a sala disponibiliza um conjunto de materiais tais como: aparelhos de manutenção (e.g. bicicleta; passadeira; rampa), uma estante com jogos de estimulação cognitiva, materiais de estimulação sensorial (e.g. bolas sensoriais), duas mesas grandes com cadeiras, possibilitando o trabalho no domínio da motricidade e praxia fina, um espaço amplo e livre de obstáculos para o treino da marcha e da motricidade global, e uma

marquesa para as mobilizações e para os momentos de retorno à calma das pessoas assistidas.

Relativamente à **unidade 14**, a sala terapêutica localiza-se no corredor do piso 4 com pouca ou nenhuma movimentação, pelo que se torna um espaço silencioso e de fácil concentração para os utentes durante a intervenção. A sala é bastante ampla tendo uma dimensão de 7 metros quadrados. Tal como a sala anteriormente descrita, tem 4 janelas apresentando uma iluminação natural adequada, disponibiliza um espaço livre dedicado sobretudo ao trabalho de competências motoras e de expressão corporal e outro mais funcional para atividades no domínio cognitivo, de motricidade e praxia fina. Este espaço multifuncional é usufruído por várias áreas de intervenção, sendo que cada área intervém isoladamente de acordo com o horário fixo existente. Assim, para além das sessões individuais e em grupo de psicomotricidade, existem também sessões de terapia ocupacional, de estimulação das capacidades linguísticas e um projeto de expressão pela arte. Ocorrem ainda neste espaço reuniões semanais da equipa técnica, bem como pequenas formações e conferências, quer para as famílias, quer para a restante equipa de profissionais. De forma a assegurar o bom funcionamento das atividades realizadas, a sala disponibiliza um conjunto de materiais, como bolas, colchões, arcos, rádio e uma grande variedade de materiais de mesa (tintas, papéis, tesouras, fita-cola, cola, lápis, canetas) e alguns jogos de tabuleiro de estimulação cognitiva.

II.1.3.2 Sala de Snoezelen

Esta sala multissensorial encontra-se no piso -1 do edifício amarelo, tem uma dimensão de 3x5 metros e não requer a existência de luz natural, sendo que este envolvimento é constituído por outros elementos de iluminação pertinentes para a intervenção neste contexto, como é o caso do foco de luz colorida. É caracterizada por apresentar outros elementos sensoriais, tais como um colchão de água quente disposto em “L” com outros colchões de espuma, uma coluna de água com bolas, um tapete de estrelas, um espelho de fibras óticas e outros materiais e objetos que tornam o contexto acolhedor e adequado aos objetivos terapêuticos desta intervenção (imagem ilustrativa no anexo A). Para além da psicomotricidade, esta sala é utilizada por profissionais das áreas de terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia e enfermagem.

Dentro das instalações e perto da sala de snoezelen existe uma sala de arrumos onde estão disponíveis alguns materiais de estimulação sensorial que podem ser utilizados nas sessões de snoezelen ou levados para outros contextos de intervenção. Dentro dos vários materiais disponíveis destacam-se as bolas sensoriais com várias

cores e texturas, fibras óticas de extensão, jogos de estimulação sensorial, lenços de várias cores, massajadores, entre outros.

II.1.3.3 Tanque terapêutico

O tanque terapêutico localiza-se no piso 1, ao lado do serviço de fisioterapia, espaço amplo com uma dimensão de 3.5x7 metros (imagem ilustrativa no anexo A).

Este espaço tem uma luminosidade adequada, com janelas e iluminação artificial, o acesso ao interior da piscina é realizado através de umas escadas de pequeno declive com auxílio de um longo corrimão, facilitando a entrada dos utentes na água. No espaço envolvente ainda contempla um chuveiro para os duches que antecedem à entrada na água, dois balneários divididos por género com casas de banho, duches e zonas de vestuário, existindo ainda perto do tanque um espaço de arrumos, onde estão presentes diversos materiais de cariz terapêutico e/ou reabilitativo. De forma sucinta é possível a utilização de materiais, tais como, rolos, steps, pranchas, colchões de diferentes espessuras, flutuadores, pesos, ovnis, puzzles com letras/números/formas geométricas, arcos com vários tamanhos e pesos, bolas, entre outros.

A intervenção em meio aquático e, por conseguinte, a utilização deste contexto é feito por diversos profissionais de diferentes áreas, tais como, a psicomotricidade, fisioterapia, terapia ocupacional e educação física.

Estes contextos de intervenção usufruídos ao longo do período de estágio permitiram facilitar o trabalho intencional e diversificado do ponto de vista dos objetivos terapêuticos estabelecidos para os casos de intervenção. As salas terapêuticas e os materiais disponibilizados, como anteriormente descritos, resultaram como facilitadores de intervenção no sentido de proporcionarem aos utentes em ambiente de sala, novas vivências e experiências prazerosas de exploração e expressão verbal e não-verbal. No que concerne ao tanque terapêutico apresentou-se como um meio facilitador para uma vivência corporal ampla, proporcionando uma maior capacidade de consciencialização corporal a partir de experiências significativas no contato direto com a água. O contexto de snoezelen tornou-se relevante fundamentalmente na intervenção com utentes no estado avançado da demência, que em detrimento das capacidades cognitivas beneficiaram de uma estimulação através de metodologias multissensoriais, potenciando o trabalho ao nível das capacidades sensoriomotoras residuais.

II.1.4 Recursos utilizados para a avaliação e intervenção

Após a caracterização dos espaços físicos disponíveis e utilizados durante o período de estágio é imprescindível identificar os recursos materiais de cariz teórico e prático que

foram fundamentais para a intervenção com todos os casos acompanhados, quer em sessões individuais, quer em dinâmicas de grupo.

No sentido de recolher uma vasta diversidade de informação sobre estudos de caso acompanhados foi utilizado o Exame Geronto-Psicomotor e ainda, uma escala psicomotora de avaliação informal criada pela estagiária. Estes instrumentos que serão caracterizados posteriormente permitiram, não só, uma ampla recolha de informação, bem como, a elaboração de um perfil psicomotor de cada caso acompanhado, imprescindível para a elaboração de um plano de intervenção que permitisse dar resposta às reais necessidades dos utentes. No caso do EGP os resultados das avaliações foram obtidos quantitativamente, através da folha de registo disponível no instrumento, complementando-se qualitativamente com o registo de observações comportamentais aquando da sua aplicação. No que diz respeito à escala de avaliação informal, surgiu a necessidade de criar um modelo de registo, de forma a sistematizar os resultados obtidos durante as avaliações, ainda que existisse sempre uma análise de observação direta do ponto vista comportamental, descrita no campo das observações.

De forma a organizar o tratamento de dados obtidos nas avaliações e por conseguinte traçar objetivos de intervenção foi criada tabelas- tipo quer para os planos de intervenção (disponível para consulta em anexo D e E), quer para os planos de sessão individual e em grupo (disponível repetitivamente em anexo F e G). Relativamente à tabela do plano de intervenção foi contemplado para cada área de intervenção, objetivos específicos e respetivos objetivos operacionais, bem como, estabelecidas atividades gerais para cada área de intervenção, estratégias a utilizar e os recursos materiais para trabalhar cada um dos domínios. No modelo criado para os planos de sessão incluía-se a descrição das atividades propostas, os objetivos pretendidos bem como, todos os recursos materiais, de tempo e de apoio para a realização das respetivas atividades.

No sentido de avaliar o desempenho dos casos ao longo das sessões, a estagiária realizou um documento designado por “registo de atividades”, como pode ser consultado em anexo H. Importa referir que este documento foi criado de modo a facilitar a recolha de dados e a sintetizar a informação obtida no fim de cada sessão. A análise realizada prendia-se com o nível de autonomia para a realização das atividades, com a disponibilidade e o comportamento do utente para a sua participação e ainda um campo de observações que permitisse acrescentar informação relevante para uma descrição minuciosa do desempenho do utente (e.g. queixas sintomáticas).

No que concerne aos recursos materiais a estagiária ao longo de todo o período de intervenção usufruiu dos materiais disponíveis em cada contexto terapêutico,

descritos anteriormente. Ainda assim, surgiu a necessidade de obter e criar alguns materiais de forma a dar resposta aos objetivos pretendidos nas atividades propostas, tais como, jogos de estimulação cognitiva e materiais de estimulação sensorial com diferentes texturas, cores e tamanhos. A utilização dos recursos materiais dependia não só dos objetivos terapêuticos, bem como da intencionalidade que era atribuída a cada objeto, podendo por exemplo o mesmo objeto ter tanto uma função sensorial como relacional (e.g. bola).

Importa reforçar que tanto os recursos materiais de intervenção bem como os recursos de apoio ao registo de avaliação e planeamento de intervenção foram imprescindíveis para o trabalho realizado com os estudos de casos que se seguem.

No seguimento do capítulo anterior serão apresentados e caracterizados de forma minuciosa, um estudo de caso individual e um de grupo, bem como a descrição de todo o processo de intervenção realizado, mais especificamente, modelos e instrumentos de avaliação utilizados, condições de avaliação, planos de intervenção, análise de resultados de intervenção e principais dificuldades e limitações sentidas. Ainda e não menos importante serão apresentados de forma sucinta outros casos acompanhados.

II.2 Estudo de Caso Individual

O caso individual que se segue, R.F., foi acompanhado na Unidade 14 de gerontopsiquiatria, durante um período de 3 meses de intervenção (27 de fevereiro a 30 de maio) e com uma frequência de 3 sessões semanais, com uma duração entre 45 a 50 minutos por sessão.

II.2.1 Caracterização do Caso – Dados Relevantes

A R.F. tem 86 anos, nascida a 13 de fevereiro de 1932, do género feminino e raça caucasiana, diagnosticada com um quadro demencial não especificado, mas sem seguimento médico regular, foi admitida na Unidade 14 com o objetivo de alívio ao cuidador e controlo sintomático.

A R.F. tem o 4.º ano de escolaridade e exerceu a sua atividade profissional como costureira, encontrando-se atualmente reformada. É residente em Benfica e coabita há cerca de 4 anos com o seu único filho, estando dependente dos seus cuidados. Oficialmente é casada, contudo, não se sabe do paradeiro do seu esposo desde há 4 anos, quando o mesmo terá desaparecido do lar onde estava institucionalizado, devido a um quadro demencial.

Segundo a informação disponibilizada pelo filho, a R.F., sempre apresentou um humor tendencialmente subeufórico, no entanto após o episódio de desaparecimento

do esposo iniciou um quadro de humor deprimido com períodos de confusão, desorientação no tempo e no espaço e com alterações mnésicas de origem recente e remota. Nos meses precedentes ao seu internamento na unidade ocorreu um agravamento do quadro clínico anterior, tendo a utente apresentado períodos de insónia, agitação noturna e resistência para a realização das ABVD, nomeadamente, cuidados de higiene e alimentação.

O filho encontra-se emocionalmente instável e com uma grande sobrecarga em relação ao agravamento da situação clínica da mãe e à situação do processo judicial contra o lar, após o desaparecimento do progenitor. Neste sentido recorreu ao internamento temporário, enquanto procura uma solução definitiva para o cuidado da sua mãe. Realizada a entrevista ao filho e avaliada a situação da utente, procedeu-se ao internamento temporário no período máximo de 3 meses.

Para além dos antecedentes clínicos relacionados com problemas cardíacos, sem especificação, incontinência urinária e uma histerectomia total, a utente aquando da sua entrada na unidade apresentava, do ponto de vista sintomatológico, um humor deprimido e ansioso, problemas de orientação, insónias e alguns períodos de inquietação. Relativamente à avaliação do grau de autonomia e funcionalidade, obteve um índice de Barthel com uma pontuação de 50, dependente nos cuidados de higiene e ajuda total no vestir e despir, ainda que autónoma na questão da alimentação. No que respeita ao domínio motor, a utente apresenta uma marcha atáxica com necessidade de apoio unilateral.

II.2.2 Avaliação do Caso

Após a estabilização da utente do ponto de vista clínico, na reunião de equipa técnica, e tendo por base o relatório de enfermagem, foi discutido e analisado o caso. Resultante desta análise, a R.F., foi encaminhada para as intervenções de fisioterapia, terapia da fala e psicomotricidade, para o grupo mais avançado.

Relativamente à psicomotricidade em dinâmica de grupo a utente mostrava-se pouco colaborante, ausente na relação interpessoal, resistente à participação nas atividades e, com episódios de negação irreversível nas sessões, apesar da adoção de diversas estratégias de incentivo e motivação.

Posteriormente ao feedback da estagiária perante o respetivo caso, e de forma a alterar a resposta da utente face à sua participação nas sessões, foi proposta uma intervenção individual, que teve início a 28 de fevereiro de 2018.

A primeira sessão individual foi dividida em dois momentos, um primeiro de avaliação informal para recolher dados pessoais, gostos e interesses bem como para

estabelecer a relação terapêutica entre a utente e a estagiária. Um segundo momento, que se destinou à avaliação formal, que contemplou a utilização do instrumento EGP, caracterizado de seguida. Este instrumento é habitualmente utilizado na instituição para uma avaliação psicomotora, neste caso, e em particular, que não existiu um acompanhamento regular à utente, permitirá conhecer e caracterizar o quadro demencial previamente diagnosticado e traçar um perfil psicomotor para uma posterior elaboração do plano de intervenção.

II.2.2.1 Instrumento de Avaliação – Exame Geronto-Psicomotor

O Exame EGP é um instrumento de avaliação psicomotora criado por Michel, Soppelsa e Albaret, em 2011, traduzido e adaptado, por Morais, Fiúza, Santos e Lebre (2012) e validado para a população portuguesa por Morais, Santos e Lebre (2016).

Dirigido para indivíduos com mais de 65 anos, o EGP (P-EGP na sua versão portuguesa), participa no despiste e ajuda no esclarecimento do diagnóstico médico estabelecido, permitindo elaborar, aperfeiçoar ou reorientar um plano terapêutico individualizado e analisar a eficácia da intervenção através de avaliações periódicas, aos 3, 6 e 12 meses, após a primeira aplicação (Morais et al., 2012). O protocolo desta avaliação psicomotora sustenta-se nos aspetos quantitativos e qualitativos resultantes da componente metodológica e da observação clínica (Morais et al., 2012).

O instrumento pode ser utilizado em contexto institucional, privado ou domiciliário, sendo que o espaço, o tempo e os materiais funcionam como facilitadores na dinâmica de avaliação (Morais et al., 2012). A aplicação do teste não deve exceder o tempo máximo de 1 hora, podendo ser feita em um ou dois momentos de avaliação, para evitar o fator fadiga, não existindo uma ordem específica de aplicação da maioria dos itens, possibilitando a sua adaptação de acordo com o sujeito avaliado (Morais et al., 2012).

O EGP, traduzido e adaptado por Morais e seus colaboradores, contempla um manual de aplicação provisório, onde é feita a descrição geral do instrumento e em particular dos itens a serem aplicados e cotados aquando da avaliação. É composto por um total de 52 itens organizados em 17 domínios, tais como: Equilíbrio Estático I, Equilíbrio Estático II, Equilíbrio Dinâmico I, Equilíbrio Dinâmico II, Mobilização Articular dos Membros Superiores, Mobilização Articular dos Membros Inferiores, Motricidade Fina dos Membros Superiores, Motricidade Fina dos Membros Inferiores, Praxias, Conhecimento das Partes do Corpo, Vigilância, Memória Percetiva, Domínio Espacial, Memória Verbal, Perceção, Domínio Temporal e Comunicação (Morais et al., 2012).

Além do manual, existe um caderno de apoio para o registo dos resultados obtidos, quantitativamente e qualitativamente. Este documento inicia-se com uma ficha

de registo de dados pessoais do avaliado (i.e., género, idade e diagnóstico) e da respetiva avaliação (i.e., data e duração da avaliação) e posteriormente, as folhas de registo da cotação de cada item, que contemplam uma grelha de avaliação quantitativa, com uma atribuição máxima de 6 pontos em cada domínio e outra para o registo de observações dos aspetos qualitativos aquando da avaliação, possibilitando uma interpretação mais completa e contextualizada da avaliação (Morais et al., 2012).

A cotação é atribuída atendendo ao desempenho do indivíduo e consoante os itens que estão a ser avaliados. Se a realização de um determinado item for difícil para o sujeito, o avaliador deve continuar a aplicação, passando para o item seguinte. É atribuída a cotação 0 no caso de insucesso, recusa ou incapacidade de realizar, não sendo anotada no espaço da cotação (Morais et al., 2012).

Existem algumas considerações gerais sobre a aplicação que o avaliador deve ter em conta, tais como, o consentimento do sujeito para realização da avaliação, a existência de um espaço adequado e adaptado às condições do indivíduo, contexto com boas condições de iluminação, a organização dos materiais imprescindíveis para a aplicação e a eliminação de estímulos distráteis (Morais et al., 2012).

Numa visão biopsicossocial do indivíduo, o EGP, objetiva que no fim da sua aplicação, exista a compreensão e a especificidade das dificuldades no âmbito psicomotor, e a relação que os aspetos cognitivos e psicológicos têm no desempenho a este nível, (Morais et al., 2012).

Relativamente às propriedades psicométricas, o EGP na sua versão original apresenta um α de Cronbach de 0.83 (Michel, Soppelsa e Albaret, 2011), o P-EGP na sua versão portuguesa tem um α de Cronbach de 0.92 (Morais, Santos e Lebre, 2016).

II.2.2.2 Procedimento de Avaliação

As avaliações, inicial e final, realizadas à R.F., decorreram respetivamente nas datas de 27 e 28 de fevereiro e 29 e 30 de maio de 2018.

Os quatro momentos de avaliação realizaram -se na sala terapêutica da unidade 14, no período da manhã, não excedendo o tempo máximo de 60 minutos de aplicação, tendo existido mais que uma sessão para os dois momentos de avaliação devido à R.F., ter apresentado sinais de fadiga.

Precedente à avaliação, a estagiária garantiu as condições do contexto, adequadas à aplicação, i.e., boas condições de luminosidade e o afastamento de elementos distráteis, existindo uma organização dos materiais imprescindíveis à avaliação. Após este procedimento, a estagiária deslocou-se sempre à unidade para acompanhar a utente da sala de estar até à sala terapêutica. A R.F., nos respetivos dias

de avaliação, encontrava-se na sala de estar da unidade, apresentando um humor subeufórico e alguma renitência à participação nas sessões.

Em todas as avaliações, existiu no início a orientação para realidade no tempo e no espaço, i.e., data atual, nome da instituição, freguesia e concelho onde está situada. Os materiais utilizados foram os mesmos, estando disponíveis no saco do instrumento em ambas as avaliações, inicial e final. Relativamente aos itens avaliados em cada uma das sessões, na avaliação inicial, ocorreu uma paragem após a realização do domínio 11 (Vigilância) e no caso da avaliação final, existiu após ter sido realizado o domínio 13 (Domínio espacial).

II.2.2.3 Perfil Intraindividual do Caso

Posteriormente à realização da avaliação inicial e ao tratamento dos resultados obtidos na respetiva aplicação, foi possível traçar um perfil psicomotor individual da R.F., como pode ser consultado em seguida, na tabela 4.

Tabela 4 - Perfil psicomotor individual

Áreas fortes	Áreas a potenciar
Motricidade fina	Tonicidade
Noção do Corpo	Equilíbrio dinâmico
Vigilância	Praxias
Perceção	Memória perceptiva e verbal
	Comunicação não-verbal
	Socioemocional

A tabela 4 contempla as áreas fortes e as áreas a potenciar do estudo de caso individual, permitindo sintetizar um perfil psicomotor fundamental para a posterior elaboração de um plano de intervenção intencional e centrado nas necessidades da utente.

Fundamentando este perfil com base nos resultados quantitativos e qualitativos referentes aos 17 domínios avaliados no EGP, a R.F., apresenta como áreas fortes a motricidade fina, a noção do corpo, a vigilância e a perceção. Contrariamente, ao nível da tonicidade, equilíbrio dinâmico, memória perceptiva e verbal e comunicação, apresenta um desempenho inferior, classificando-se como áreas a potenciar. A salientar que através de uma avaliação informal e tendo por base a observação realizada aquando da avaliação, torna-se fundamental acrescentar o domínio socioemocional, nas áreas a potenciar. Após estabelecido o perfil intraindividual, foi possível elaborar um plano de intervenção psicomotora com o objetivo de potenciar as áreas menos fortes e manter as capacidades das áreas em que a utente apresenta menos dificuldades.

II.2.3 Plano de Intervenção Psicomotora

O plano de intervenção psicomotora (PIP) foi estabelecido para um período trimestral, tempo máximo de duração de um internamento normal na unidade 14.

O PIP foi organizado tendo por base os resultados quantitativos e os aspetos qualitativos que resultaram do processo de avaliação inicial, seguindo-se na tabela 5 a apresentação dos objetivos terapêuticos estabelecidos divididos em três grandes áreas, designadamente domínios psicomotor, cognição e linguagem e socioafetividade. Serão ainda contemplados estratégias e recursos materiais que podem ser utilizados como facilitadores na realização das tarefas propostas, objetivando uma intervenção bem-sucedida.

Tabela 5 - Plano de intervenção individual a R.F.

PIP – Estudo de caso individual		
A- Domínios Psicomotores		
1. Equilíbrio – Promover o equilíbrio dinâmico		
Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Atividades gerais
<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar o equilíbrio dinâmico na marcha; - Promover a capacidade de reequilíbrio dos membros inferiores; - Promover o controlo postural e melhorar a base de sustentação. 	<ul style="list-style-type: none"> - A utente deve ser capaz de andar autonomamente ou utilizar apenas 1 apoio na marcha, durante a sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> - Percursos com diferentes bases de estabilidade; - Percursos com diferentes formas e ritmos de deslocação.
2. Tonicidade (membros superiores e inferiores) – Melhorar a tonicidade (eutónico)		
<ul style="list-style-type: none"> - Promover o reconhecimento/consciencialização das tensões corporais; - Potenciar estados de passividade e relaxamento neuromuscular 	<ul style="list-style-type: none"> - A utente deve ser capaz de consciencializar e verbalizar as tensões sentidas (zonas do corpo com maiores ou menores tensões), no final de cada sessão; - A utente deve permitir-se obter estados de passividade com menores níveis de tensão, durante as técnicas de relaxação realizadas na sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relaxação e retorno à calma; - Mobilização ativa e passiva de diferentes segmentos corporais; - Atividades de controlo respiratório (ciclos de inspiração-expiração).
3. Praxias – Promover a praxia		
<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar a habilidade construtiva e de cópia; - Potenciar/manter a capacidade gestual; - Manter a capacidade de escrita e desenho; - Promover a capacidade de representação simbólica 	<ul style="list-style-type: none"> - A utente deve ser capaz escrever ou desenhar o que lhe é solicitado de forma legível; - A utente deve ser capaz de identificar (e.g. forma), realizar uma representação mental e conseguir reproduzir, desenhar ou escrever o que lhe for solicitado; - A utente deve ser capaz de reproduzir simbolicamente atividades que lhe sejam solicitadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades de contorno; - Jogos de mímica; - Atividades de reprodução gestual; - Jogo tangram.

Tabela 5 (continuação) - Plano de intervenção individual a R.F.

B – Cognição e Linguagem		
1. Memória – Estimular a memória		
Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Atividades gerais
<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a capacidade de atenção, concentração e retenção de tarefas simples e complexas; - Promover o raciocínio e o pensamento abstrato; - Melhorar a capacidade de evocação verbal. - Promover a memória a curto prazo; - Potenciar a memória perceptiva e verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> - A utente deve ser capaz de estar atenta à explicação da tarefa, reter a informação e realizar a tarefa de acordo com as instruções dadas; - A utente deve reter por ordem as atividades realizadas ao longo da sessão e posteriormente evocá-las; - A utente deve ser capaz de evocar a médio ou a curto prazo conceitos, ideias ou tarefas de forma sequencial, com informações consolidadas ao longo da sessão; - A utente deve ser capaz de verbalizar ou representar sequencialmente tarefas que realiza no seu dia-a-dia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades cognitivas (e.g. criar uma história a partir das palavras disponibilizadas); - Jogos de cartas, descobrir os seus pares; - Memorização e representação de atividades de vida diária realizadas até ao momento; - Descobrir objetos pela memória tátil e visual, evocação e verbalização posterior dos objetos; - Memorização da sequência de movimentos - Ordenar sequencialmente um conjunto de imagens respeitando a ordem da tarefa representada; <ul style="list-style-type: none"> - Jogos de cálculo; - Jogos de associação.
2. Orientação – Promover a estruturação espaço-temporal		
<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de orientação da pessoa em relação ao objeto no espaço; -- Promover a capacidade de orientação para a realidade no tempo; 	<ul style="list-style-type: none"> - A utente deve ser capaz de verbalizar a data atual sem ajudas ou orientação para a realidade, em cada sessão; - A utente deve ser capaz de identificar a posição dos objetos no contexto, tendo como a referência a pessoa, sem ajuda ou com ajuda parcial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade de orientação para a realidade e contextualização espacial; - Atividades de orientação e posicionamento do corpo e dos objetos em relação ao espaço; - Tarefas de representação topográfica.
3. Linguagem – Promover a capacidade de comunicação		
<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de expressão não-verbal; - Promover competências de expressão com o corpo; - Promover a capacidade de representação de emoções ao nível da expressão facial; - Manter a capacidade de comunicação verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> - A utente deve ser capaz de se expressar através do corpo, gestos ou expressões faciais, emoções ou ações que forem solicitadas ou então de forma voluntária, ao longo da sessão; - A utente deve ser capaz de verbalizar de forma articulada e adequada o que foi sentindo ao longo da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades de expressão e representação de emoções; - Associação de emoções ou sentimentos a imagens apresentadas, - Criar uma história e verbalizá-la a partir das imagens apresentadas; - Conversar com a terapeuta sobre as vivências ao longo de sessão.

Tabela 5 (continuação) - Plano de intervenção individual a R.F.

C – Socioemocional		
Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Atividades gerais
1. Identificação de interesses – Promover a identificação de interesses		
<ul style="list-style-type: none">- Promover a capacidade de identificação das atividades mais significativas para si;- Potenciar a elaboração de uma lista de atividades ocupacionais de interesse;- Potenciar a motivação para a realização das tarefas.	<ul style="list-style-type: none">- A utente deve ser capaz de nomear pelo menos 2 atividades que mais gosta de realizar no seu dia-a-dia;-A utente deve ser capaz de nomear as atividades que mais gostou durante a sessão e as que menos gostou, refletindo o que poderia ser mudado para se tornar uma atividade do seu interesse;-A utente deve ser capaz de verbalizar uma atividade que gostaria de realizar na sessão.	<ul style="list-style-type: none">- Ordenar um conjunto de imagens por ordem de interesse e gosto;- Questionar o que mais gostava de fazer nos tempos livres;- Ilustrar o momento ou o objeto que mais gostou de usufruir ao longo da sessão;- Questionar a sua preferência em relação alguns conceitos (e.g. cores; animas; prato favorito; estação do ano);- Ilustrar cada momento da sessão com cores (associando a cor que mais gosta a atividade que mais gostou).
2. Isolamento social – Promover a interação social		
<ul style="list-style-type: none">- Promover competências nas relações interpessoais;Contato com diferentes contextos sociais;- Potenciar competências na relação com os pares;	<ul style="list-style-type: none">- A utente deve ser capaz de interagir com os pares de forma espontânea, sem ser necessário solicitação;- A utente deve ser capaz de manter uma conversa de forma espontânea, ou responder sempre que for questionada.	<ul style="list-style-type: none">- Conversas com os seus pares na sala de estar (com ou sem intervenção da terapeuta);- Conversar com a terapeuta durante a sessão;- Cumprimentar as pessoas de um contexto para outro;- Atividade de apresentação (conhecer o outro e dar-se a conhecer);
3. Bem-estar – Promover o bem-estar físico e psicológico		
<ul style="list-style-type: none">- Promover a autoestima e a capacidade de resiliência;- Promover a capacidade de obtenção de um estado de passividade e de descontração neuromuscular;	<ul style="list-style-type: none">- A utente deve ser capaz de verbalizar soluções para um determinado problema apresentado;- A utente deve conseguir escrever ou verbalizar pelo menos duas qualidades que acha ter;- A utente deve ser capaz de realizar a atividade refletindo a forma como poderá fazê-lo para obter o sucesso;- A utente deve aceder à passividade, consciencializando-se e verbalizando pelo menos duas partes do corpo onde sentiu mais tensão.	<ul style="list-style-type: none">- Tarefas de interesse com complexidade crescente;- Tarefas de autoconhecimento das suas qualidades e dificuldades;- Tarefas de retorno à calma (e.g. massagens tendo o objeto como mediador);- Técnicas de respiração e consciencialização.
Estratégias		
Pistas verbais	Ajuda física	
Demonstração da tarefa	Instruções simples	
Assertividade na dinamização	Eliminação de estímulos distráteis	
Organização do contexto de intervenção	Reflexão crítica (Feedback)	
Repetição de tarefas	Verbalização	
Adaptações das atividades, contexto e materiais		
Recursos		
Contextos de intervenção diversificados (e.g. jardim e sala terapêutica)		
Materiais disponíveis na sala terapêutica (e.g. bolas, arcos, rolos)		
Materiais disponibilizados pela estagiária (e.g. cartões, balões)		

II.2.4 Intervenção

Como referido anteriormente, a intervenção individual com a utente R.F. teve início a 27 de fevereiro e terminou a 30 de maio de 2018, tendo existido sessões com uma frequência trissemanal (segunda, terça e quarta-feira), no período das 10h às 11h, com uma duração média de 50 minutos por sessão.

Contabilizando o período inicial e final de intervenção, perfaz um número total 37 sessões de psicomotricidade. Porém, devido ao facto da utente não se mostrar disponível e cooperante para a realização das sessões, foram realizadas um total de 29 sessões, sendo que 4 delas destinaram-se à avaliação psicomotora, como pode ser consultado na tabela 6.

Tabela 6 - Calendarização das sessões

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Fev.																											A	A			
Março					P	P	P					P	F	P						P	P	F					F	P	P		
Abril		P	P	P					P	P	F													P	P	P					P
Maio	P	P					P	F	F					P	F	P					P	P	F						A	A	
Legenda: A – Avaliação; P – Presenças; F - Faltas																															

As sessões seguiram ao longo do período de intervenção a mesma estrutura de desenvolvimento, i.e., iniciavam-se habitualmente com uma atividade de orientação para a realidade e uma introdução do diálogo sobre a semana/ dia da utente. Seguiu-se o desenvolvimento das atividades do corpo da sessão, variando de acordo com objetivos específicos e operacionais estabelecidos para a sessão, terminando esta com o diálogo final com tarefas de retorno à calma e obtenção de feedback da sessão (no anexo F poder ser consultado um exemplo de plano de sessão realizado com este estudo de caso).

Ao longo do período de intervenção foram realizadas sessões na sala terapêutica da unidade, mas também no jardim, espaços exteriores da CSI. O jardim foi inserido nos planos de sessão como uma estratégia, visto que se revelou ser um contexto de interesse da utente, cativando assim a sua participação nas atividades propostas. A integração deste espaço na intervenção permitiu à utente, não só usufruir de espaços ao ar livre, mas também sair do contexto unidade (instituição). Caso as condições climáticas não o permitissem, a estagiária adaptava a sessão e realizava na respetiva sala terapêutica. Sintetizando a sua participação ao longo das sessões foi possível verificar uma maior disponibilidade da utente para a realização das tarefas, mostrando-se de forma geral motivada e com capacidade de iniciativa, não apresentando grandes

alterações de humor. Pontualmente, e como já foi referido, a utente recusou realizar algumas sessões que estavam previstas, ainda que do ponto de vista clínico permanecesse estável.

Após 3 meses de intervenção, torna-se imprescindível perceber em que áreas a R.F. alterou ou manteve o seu desempenho. Desta forma segue-se o próximo subcapítulo, destinado à apresentação e comparação dos resultados obtidos.

II.2.5 Apresentação de resultados

O presente subcapítulo contemplará na tabela 7 os resultados quantitativos obtidos nos dois momentos de avaliação (inicial e final), em todos os domínios pertencentes ao EGP. De forma a complementar os resultados quantitativos será realizada uma breve análise qualitativa, permitindo justificar os valores obtidos do início e no fim da intervenção (em anexo C pode ser consultado a folha de registo do EGP, com os respetivos resultados quantitativos do estudo de caso individual).

Tabela 7- Resultados quantitativos EGP		Utente R. F		
Domínios EGP	Av. I	Av. F	Progressão	
Equilíbrio Estático I	3	6	↑	
Equilíbrio Estático II	3	3	=	
Equilíbrio Dinâmico I	3	6	↑	
Equilíbrio Dinâmico II	0	0	=	
Mobilização Articular MS	2	4	↑	
Mobilização Articular MI	1	2	↑	
Motricidade Fina MS	3	3	=	
Motricidade Fina MI	6	6	=	
Praxias	2	3.5	↑	
Conhecimento partes do corpo	5.5	5.5	=	
Vigilância	5	5	=	
Memória Percetiva	1.5	2.5	↑	
Domínio Espacial	3.5	3.5	=	
Memória Verbal	3.5	4	↑	
Perceção	4.5	4.5	=	
Domínio Temporal	4.5	4.5	=	
Comunicação	4	5	↑	
TOTAL	55	68.5	↑	

No **Equilíbrio estático I**, a utente executou a tarefa de pé, com apoio (1 pessoa) durante os 5s estabelecidos. Quando foi solicitado o levante para iniciar a tarefa, a utente demonstrou algumas dificuldades na transição da posição de sentada para posição ortostática, aplicando uma elevada força muscular dos membros inferiores, dificultando a passagem da posição de sentada para a posição vertical, necessitando

do apoio do avaliador. Na avaliação final realizou de forma autónoma a tarefa, ainda que do ponto vista funcional tenham sido verificadas algumas oscilações ao nível postural. No que concerne ao levantar realizou-o sem apoio. Relativamente ao **Equilíbrio estático II**, a utente realizou todos os itens com apoio nos dois momentos de avaliação, apresentando dificuldades no controlo postural e reequilibrações ao nível dos membros inferiores.

No que diz respeito ao domínio do **Equilíbrio dinâmico I**, a utente no item da marcha necessitava de ajuda de 1 pessoa para realizar tarefa, apresentando uma postura rígida, reequilibrações devido à perda de força muscular durante os movimentos voluntários e ainda uma passada irregular. Após o trabalho deste item durante a intervenção, na avaliação final a utente apresentou uma marcha autónoma, ainda assim com algumas reequilibrações posturais e uma marcha lentificada. Ainda ao nível do **Equilíbrio dinâmico II**, a utente não conseguiu realizar os itens de marcha acelerada e corrida, verificando-se que mantinha o ritmo de passada.

Relativamente à **mobilização articular passiva e ativa dos membros superiores**, a utente na avaliação inicial apresentou recusa na realização dos itens de mobilização passiva, devido ao receio de contacto. Ainda nos dois momentos de avaliação, evidenciou alguma resistência no movimento ao nível dos ombros, esquerdo e direito, apresentando dificuldades em relaxar.

O mesmo se verificou na **mobilização passiva e ativa dos membros superiores**, devido à recusa na realização de todos os itens da mobilização passiva, apresentando na mobilização ativa ao nível da anca e do joelho dificuldades na amplitude do movimento, apresentando um perfil hipertónico mais evidente do que nos membros superiores. Na avaliação final e ao longo da tarefa verbalizou dores ao nível da mobilização articular passiva e ativa do lado esquerdo e direito da anca, bem como uma resistência ao movimento ao nível dos joelhos.

Em relação à **motricidade fina dos membros superiores**, a utente manteve a cotação entre as avaliações, evidenciando ser uma área forte. A R.F. realizou a maioria dos itens com sucesso, porém no item de abotoar e desabotoar tenha excedido o tempo de 30 segundos, bem como no item do tamborilar- sentido inverso, a utente apresentou à ação global dos dedos.

No domínio da **motricidade fina ao nível dos membros inferiores**, a utente obteve a cotação máxima nas duas avaliações, realizando todos os itens com sucesso, com apoio, ainda que se tivesse observado reequilibrações ao nível dos membros inferiores, em todas as tarefas. Na tarefa de pontapear a bola a utente realizou o toque

com ambos os pés, mostrando maior facilidade com pé direito, no entanto o ato de chutar em ambos os pés foi realizado com a ponta do pé.

No domínio das **praxias** a utente na primeira avaliação recusou-se a fazer a tarefa da pantomima, apresentando-se pouco à vontade na representação da mímica. Na avaliação final, a utente realizou o item da pantomima, exceto a mímica de ralar, verbalizando que este item não fazia sentido. Em ambas as avaliações, a utente soube identificar as formas em partes, porém apresentou dificuldades na cópia de figuras, fazendo na primeira a junção das formas e na segunda um afastamento no cruzamento central das duas medianas e diagonais e ainda o acrescento de linhas. No item da construção da pirâmide a utente realizou a tarefa com um modelo aproximado ao modelo apresentado, porém no tempo superior a 30 segundos.

No **conhecimento das partes do corpo** a R.F., nas duas avaliações não apresentou dificuldade na realização dos itens de nomeação e identificação das partes do corpo, à exceção do item recuperar a posição sem modelo. Tanto na avaliação inicial como final, a utente apenas conseguiu reproduzir respetivamente 1 e 2 posições das 4 solicitadas, apresentando dificuldades ao nível da capacidade de evocação.

Relativamente à capacidade de **vigilância**, a utente demonstrou facilidade na execução das tarefas de agarrar o cubo ao sinal e na identificação de cores e formas. Ainda assim, durante as avaliações foi necessário, algumas vezes, repetir as instruções e redirecionar a atenção da utente para a execução das tarefas solicitadas, tendo demonstrado a este nível um maior comprometimento da atenção seletiva e sustentada, item avaliado no final de cada avaliação.

Ao nível da **memória perceptiva** na evocação de cores, a utente na avaliação inicial referiu apenas duas cores (amarelo e verde) e na avaliação final evocou as quatro cores, existindo alterações positivas na capacidade de retenção ao nível da percepção-visual. Na evocação das posições, na avaliação inicial, foram evocadas três posições a partir do seu reconhecimento. No momento da avaliação final foi evocado uma posição pela evocação de pistas, evidenciando melhorias de desempenho ao nível da cotação obtida.

No **domínio espacial** a utente manteve a cotação da avaliação inicial para a final, apresentando dificuldades ao nível dos itens de sequência de deslocamentos e orientação dos objetos, existindo um comprometimento na atribuição do número ao objeto bem como, o esquecimento da ordem de restituição dos objetos. Em contrapartida, apresentou-se nos dois momentos de avaliação, orientada no espaço, evidenciando a compreensão de conceitos e noção de espaço.

Ainda no domínio da **memória verbal**, a R.F., nos dois momentos de avaliação, realizou a evocação imediata das três palavras, pela ordem solicitada e sem repetição. No item dos momentos do dia, a utente nas duas avaliações verbalizou diferentes momentos ao longo de dia, não existindo a inversão cronológica de acontecimentos. No item da evocação diferida, na avaliação inicial, a utente evocou duas palavras por reconhecimento, na avaliação final evocou duas palavras pela evocação de pistas.

Seguindo-se o domínio da **percepção**, considerada uma área forte da utente, realizou com sucesso a maioria dos itens. No item 15.1 (cantiga conhecida) a utente nas duas avaliações recusou-se a realizar a tarefa, verbalizando não considerar pertinente. Ainda no item reprodução das estruturas rítmicas, na avaliação inicial e final, verificou-se uma antecipação no último ritmo, bem como um acréscimo de batimentos. No item de estereognosia e identificação de imagens, a utente sobe identifica/nomear os objetos e imagens apresentadas. Relativamente à leitura do texto a utente escolheu o tamanho de letra maior para realizar a tarefa, não apresentou erros ao longo da leitura, mas foi evidente a incompreensão do texto.

No **domínio temporal**, a utente nos dois momentos de avaliação obteve a mesma cotação, realizando todos itens com sucesso, à exceção na identificação do dia da semana e do mês na avaliação inicial, e no dia do mês e ano na avaliação final. No item da sequência de eventos, a utente realizou em 53s e 45s respetivamente na avaliação inicial e final, tendo sido cotada apenas com 0.5 pontos.

No último domínio do EGP, a **comunicação**, a utente apresentou nos dois momentos de avaliação, uma linguagem coerente e adequada e facilidade na compreensão das instruções. Inicialmente demonstrou dificuldades na comunicação não-verbal, apresentando um rosto pouco expressivo e dificuldade na expressão gestual. Pela análise qualitativa realizada aquando da avaliação final, ainda que mantivesse algumas dificuldades na expressão gestual, a R.F., apresentava-se expressivamente mais à vontade, podendo estar relacionado, não só, mas também com a disponibilidade da utente para realização das tarefas propostas durante o momento de avaliação.

Entre os dois momentos de avaliação foram observáveis alterações positivas no estado de humor, mostrando-se mais participativa e colaborante nas tarefas solicitadas, apresentou maior capacidade na identificação de interesses com fâcies de maior expressividade.

No final da intervenção e realizada a avaliação final, foi possível fazer um balanço quantitativo das diferenças existentes entre os dois momentos de avaliação. Neste sentido segue-se o próximo gráfico de forma a sintetizar as mudanças verificadas.

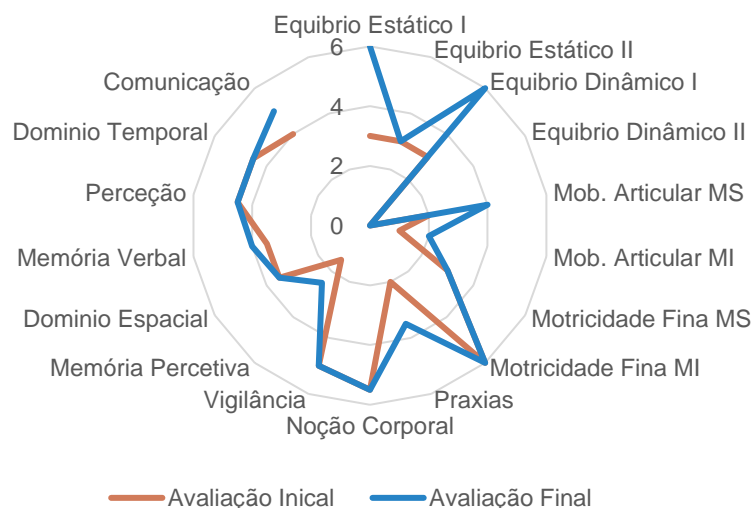


Figura 3 - Perfil Psicomotor

II.2.6 Discussão de resultados

Após a comparação dos resultados quantitativos foi possível restabelecer o perfil individual da utente e identificar as áreas nas quais se verificou o declínio, a manutenção e as melhorias resultantes da intervenção realizada.

A utente obteve 55 pontos na avaliação inicial e 68.5 pontos no total da aplicação final do EGP. Foi possível verificar melhorias ao nível do Equilíbrio Estático I, Equilíbrio Dinâmico I, Mobilização Articular dos Membros Superiores e Inferiores, Praxias, Memória Percetiva e Verbal e Comunicação. Nos restantes domínios (Equilíbrio Estático II, Motricidade Fina dos Membros Superiores e Inferiores, Conhecimento das Partes do Corpo, Vigilância, Domínio Espacial e Temporal e Perceção) a utente manteve a cotação, tendo sido verificado a manutenção das capacidades para desempenhar os itens propostos em cada um desses domínios.

No sentido de fundamentar o desempenho qualitativo de alguns domínios avaliados, segue-se uma análise crítica dos resultados confrontados com a literatura. A escolha dos seguintes domínios analisados baseou-se na perspetiva de melhoria apresentada, bem como na necessidade de analisar e aprofundar algum item específico.

Ao nível do **equilíbrio estático**, em apoio bipodal a utente obteve na fase final da avaliação um melhor desempenho do ponto de vista funcional, realizando a respetiva tarefa sem apoios, mas com necessidade de supervisão, devido às dificuldades apresentadas ao nível do controlo postural. Corroborando com esta análise qualitativa do equilíbrio estático, Sihvonon (2004), refere a presença de um comportamento motor mais instável com amplitude de oscilações, numa fase de envelhecimento. De acordo com Madera (2005), na base do comprometimento do equilíbrio estático estão as mudanças ao nível do esquema corporal, planeamento e programação motora mais simples, áreas em que não apresentou evidentes comprometimentos.

No **equilíbrio dinâmico**, itens em que é avaliado a marcha, a utente obteve melhorias na avaliação final, apresentando uma marcha autónoma, lentificada, sem necessidade de apoio, mas com supervisão, devido às constantes reequilibrações dos membros superiores. Na base da dificuldade de locomoção, de acordo com Juhel (2010), está o comprometimento da integração dos domínios de orientação espacial e temporal, esquema corporal, programação e planificação motora, fatores nos quais a utente apresentou melhorias ou preservação dos resultados. A necessidade de supervisão neste tipo de marcha apresentada corrobora Juhel (2010) em que à mais pequena perda entre a integração dos sistemas sensoriais e motores existe uma descoordenação motora e, por conseguinte, maior risco de quedas (Aubert e Albaret, 2001). Este fator foi trabalhado ao longo das sessões com a realização de percursos com diferentes obstáculos e bases de sustentação, tal como referido por Pereira (2004). Ainda ao nível do equilíbrio dinâmico no item da marcha acelerada e corrida, a utente não apresentou uma passada rápida e/ou acelerada da marcha, tendo sido verificado uma locomoção lentificada com passada curta. De acordo com Aubert e Albaret (2001), as alterações ao nível do equilíbrio e a instabilidade postural podem resultar num padrão de marcha mais lento, menor amplitude articular e alterações ao nível do tônus.

Ao nível da **mobilização articular** dos membros superiores e inferiores, apesar das melhorias verificadas, a utente apresentou na realização das tarefas um perfil hipertónico com dificuldade no relaxamento do tônus, antecipação do movimento e acompanhamento das mobilizações com resistência do movimento e dificuldades na amplitude articular, sobretudo ao nível dos membros inferiores. Rodriguez (2003) refere que em casos de quadro demencial existe um aumento acentuado da rigidez muscular, acompanhado de uma menor capacidade de flexibilidade do movimento, derivado de alterações sensoriais e psicológicas (Juhel, 2010). A tonicidade foi uma das áreas trabalhadas nas sessões de intervenção psicomotora, recorrendo a técnicas de relaxação em atividades de retorno à calma, de forma a minimizar tensões psíquicas e obter um estado de relaxamento do tônus, tal como propõe Juhel (2010) através do método de Jacobson. Verificou-se que o estado emocional da utente influenciava o desempenho e a disponibilidade para a realização destas tarefas, tendo existido uma oscilação de melhorias ao nível deste domínio.

Ao nível da **motricidade fina** dos membros superiores verificaram-se dificuldades mais evidentes no item de abotoar e desabotoar o colete. Tanto na avaliação inicial como final, a utente necessitou de ajuda para vestir o colete, apresentando dificuldade na amplitude articular, tendo excedido o tempo regulamentar (30s). No entanto, na avaliação final verificaram-se melhorias na qualidade do

movimento, manifestando uma melhor coordenação bimanual, corroborando com Juhel (2010) que refere que a intervenção psicomotora permite o trabalho da coordenação, precisão e a dissociação de movimentos finos, contrariando a dificuldade na produção de movimentos voluntários (dispraxia), que no caso do envelhecimento patológico ao nível demencial esta dificuldade pode acentuar-se (Aubert e Albaret, 2001). Ainda segundo Juhel (2010), a base deste comprometimento está associada à dissonância ao nível da regulação tónica. Relativamente aos restantes itens foram mantidas habilidades de motricidade fina ao nível dos membros superiores.

No domínio das **praxias**, a utente soube nomear/identificar os talheres, utilizando o objeto adequadamente para o desenvolvimento da ação. Relativamente aos itens de pantomima, teve recusa na avaliação inicial, apresentando pouca disponibilidade para a comunicação e expressão não-verbal através do simbolismo e não um comprometimento na praxia ideomotora. Na avaliação final, verificou-se o retrocesso deste comportamento realizando todos os gestos à exceção do “ralhar”, corroborando com Boscaini (2004), que através da intervenção psicomotora ao nível do corpo com meio de comunicação verbal e não-verbal, utilizando o simbolismo e a expressividade, potencia a relação com os demais. No que concerne aos itens de cópia de figuras em ambas as avaliações, a utente soube identificar as figuras em partes, porém apresentou dificuldades na execução, evidenciando um comprometimento ao nível da praxia construtiva, habilidades deterioradas em quadros demenciais (Grossi et al., 2002). Esta habilidade, segundo Juhel (2010), está diretamente associada à capacidade da estruturação espacial, domínio no qual a utente não apresentou melhorias, tendo mantido as competências de desempenho nos dois momentos de avaliação. No item da construção da pirâmide, na avaliação inicial a utente realizou a tarefa com tempo superior a 30s com um modelo aproximado ao modelo apresentado, evidenciando a junção entre os cubos. Na avaliação final, ainda que tenha excedido o tempo pretendido, demonstrou ao nível prático melhorias nas habilidades visuoespaciais, tendo mantido o afastamento solicitado entre os cubos, obtendo a construção correta da pirâmide. Verifica-se, através deste facto, que na intervenção psicomotora, tarefas que contemplem a atividade motora, potencia a estimulação das capacidades de percepção visuoespacial (Wang et al., 2014).

Ao nível do domínio do **conhecimento das partes do corpo**, a utente soube realizar todos os itens com sucesso identificando e nomeando todas as partes do corpo, bem como a imitação de todas as posições sem hesitações ou correções, apresentando uma boa capacidade da noção e esquema corporal, fatores psicomotores com melhor capacidade de preservação ao longo do percurso de envelhecimento (Fonseca, 2001b).

Em contrapartida, e no que respeita à imitação de posições sem modelo, na avaliação inicial e final a utente apenas conseguiu reproduzir respetivamente 1 e 2 posições das 4 solicitadas, apresentando dificuldades ao nível da capacidade de retenção e evocação imediata, comprometimentos verificados ao nível de quadros demenciais (Stopford et al., 2012).

Relativamente à **memória percetiva e verbal**, na comparação dos dois momentos de avaliação, a utente apresentou melhorias na capacidade de retenção, evocação de informação, quer ao nível percetivo, evocando mais cores e necessitando de menor ajuda para evocação de posições, quer ao nível verbal na evocação diferida. Estes resultados corroboram com uma intervenção psicomotora, focada em objetivos terapêuticos ao nível da memória de trabalho (Juhel, 2010).

Ao nível da **orientação**, mais especificamente no espaço, houve a preservação das competências, evidenciando nos dois momentos de avaliação apenas dificuldades na associação de números a objetos. No que concerne aos restantes itens, a utente apresentou boa qualidade de orientação no espaço, que segundo Albert e Albaret (2001), está na base de uma boa integração do esquema corporal, domínio no qual a R.F., mantém um bom desempenho. Relativamente à orientação temporal, a utente manteve o desempenho nos dois momentos de avaliação no que corresponde ao desempenho quantitativo, no entanto na avaliação final a utente soube referir o dia da semana, podendo estar relacionado com a associação dos dias de intervenção à rotina da utente, como corrobora Madera (2005), estratégia adotada para orientação temporal da utente.

No domínio da **comunicação** a utente manteve as capacidades da linguagem, discurso adequado e coerente, nos dois momentos de avaliação, em contrapartida verificou-se mudanças ao nível das fáceis, apresentando uma melhor capacidade expressiva, ainda que com algumas limitações na capacidade de expressão gestual, resultados defendidos por Juhel (2010), em que refere que a intervenção psicomotora potencia a capacidade de comunicação verbal, mas também não-verbal, salientando que esta última em casos de demência deve ser inteiramente valorizada, devido ao comprometimento da comunicação verbal que advém deste tipo de envelhecimento patológico.

Ao longo das sessões evidenciaram-se alterações positivas no que concerne ao estado socioemocional. A utente, numa fase inicial, apresentava um humor deprimido com dificuldades na relação interpessoal, identificação de interesses e valorização pessoal com baixa autoestima, que consequentemente influenciava o seu desempenho

ao longo das sessões, apresentando menor disponibilidade de participação para as tarefas solicitadas. Isto corrobora Hilion (2015) que refere que no envelhecimento patológico ocorre a existência de pensamentos negativos face às suas limitações que acabam por comprometer a participação em tarefas que fazem parte da sua rotina. Após 3 meses de intervenção psicomotora foi possível verificar um estado de humor eutímico, demonstrando uma maior capacidade de iniciativa à participação, com alterações no estado emocional e na autoestima, defendido por Nuñez e González (2012).

Numa visão geral dos resultados discutidos e apresentados, julga-se pertinente salientar que a intervenção psicomotora realizada com esta utente, foi preponderante na preservação e na melhoria de alguns domínios psicomotores, cognitivos, sociais e emocionais, destacando-se entre eles o equilíbrio, as praxias, a memória (processos mnésicos), a comunicação não-verbal, a interação social e a afetividade.

II.2.7 Reflexão Crítica sobre o Estudo de Caso Individual

Julga-se pertinente refletir criticamente sobre todo o processo de intervenção psicomotora em dinâmica individual, em particular com a R.F., sem descurar as dificuldades, desafios e oportunidades que a intervenção comportou.

No que respeita à fase do processo de avaliação, na minha ótica e visão profissional é o ponto de partida fundamental para uma intervenção intencional e direcionada às reais necessidades do indivíduo. Neste âmbito a capacidade de observação, sensibilidade e visão clínica do psicomotricista tornam-se pontos fulcrais para avaliação de aspetos qualitativos de desempenho. Associado a isto, está também a disponibilização de instrumentos validados para o caso em estudo, a recolha de informações da história pessoal e clínica da pessoa assistida. Uma ampla recolha de informação é a chave para a elaboração de um plano terapêutico individualizado.

Neste sentido, a avaliação à R.F. e o contacto inicial com a utente, permitiram-me aprimorar o conhecimento sobre a mesma, não só do ponto vista psicomotor, mas também perceber características da sua personalidade gostos, interesses e eventuais preocupações. Desde a fase inicial da intervenção que a questão da relação terapêutica foi trabalhada, tendo sido estabelecida progressivamente e ao ritmo da utente, visto apresentar alguma recusa e dificuldade no domínio social e afetivo, apresentando numa fase inicial da intervenção, pouca iniciativa na interação com a terapeuta, desinteresse na realização das atividades, uma evidente desvalorização pessoal (baixa autoestima) e labilidade emocional. Este foi um desafio difícil, mas superado com algumas estratégias de intervenção (e.g. mudança de cotexto). À medida que a estagiária foi adotando estratégias de intervenção indo ao encontro dos gostos e interesses da utente,

existiu uma mudança na atitude, participação e interesse para realização das atividades propostas. Esta melhoria contribuiu progressivamente para o elo e relação de confiança que a utente foi estabelecendo com a estagiária.

A intervenção individual, em particular neste caso foi uma mais-valia e uma estratégia que em muito resultou para um aumento da participação da utente nas atividades. Sendo a utente apenas o foco da intervenção foi fácil adaptar as atividades e o contexto (e.g. Jardim) direcionando-as para um gosto e interesse único, não descurando outros objetivos terapêuticos estabelecidos que careciam de ser atingidos. A realidade é que esta capacidade de adaptação foi crucial, resultando em experiências significativas e prazerosas para a utente, modificando gradualmente o comportamento emocional da utente e a relação terapêutica. O contexto de intervenção do jardim, foi um potencial mediador desta evolução, visto a utente ter uma forte ligação com a natureza e as flores serem um tema do seu interesse, ainda assim e por questões climáticas as sessões nem sempre foram possíveis ser realizadas neste contexto, pelo que este fator influenciava a sua predisposição para a realização da sessão, nestas situações a estagiária procurou adaptar o contexto de intervenção e os materiais utilizados para captar a atenção e o interesse da utente para o momento terapêutico.

A intervenção, em particular com este caso individual contribuiu para uma constante aprendizagem profissional, mas também pessoal, retirando daqui uma maior capacidade de resiliência e de lidar com a frustração nos momentos em que o pretendido não era conseguido. Destaca-se desta intervenção a capacidade de adaptação, improviso, criatividade, imaginação e superação das barreiras emocionais, como características imprescindíveis, a meu ver, para obtenção dos resultados apresentados. No que concerne às considerações futuras do caso apresentado, é imprescindível que a R.F., dê continuidade à prática da intervenção psicomotora, de forma a potenciar ou preservar os resultados obtidos, mas sobretudo para a consciencialização e aceitação do “eu”, valorizando-se enquanto ser humano, que consegue e tem ferramentas para ter uma vida prazerosa do ponto de vista emocional.

II.3 Estudo de Caso de Grupo

O estudo de caso de grupo pertence ao grupo avançado (mais autónomo) da unidade 14 de Gerontopsiquiatria, que contemplou uma intervenção com uma periodicidade bissemanal, como uma duração média de 1h. Como já referido trata-se de uma unidade de curto-internamento de um período máximo de 3 meses, motivo pelo qual existe uma maior rotatividade de utentes, quando comparada com outras unidades de internamento. Como consequência desta característica, houve necessidade de criar critérios de seleção da amostra para o estudo de caso, adotando-se a presença como

o fator a contemplar (incluem-se apenas utentes com presença $\geq 75\%$ das sessões do período em avaliação).

II.3.1 Caracterização dos Casos – Dados Relevantes

A amostra que compõe o estudo de caso de grupo, como descrito na tabela 8, é composta por 7 utentes, 3 do género feminino e 4 do género masculino, com idades compreendidas entre os 62 e os 89 anos ($\bar{X} = 81 \pm 9.3$). No que ao diagnóstico diz respeito, os utentes incluídos na amostra apresentam 3 etiologias demenciais distintas, nomeadamente DA, DV e DFT.

Tabela 8 - Caracterização da amostra do estudo caso de grupo

Nome	Género	Idade	Diagnóstico	Barthel_I	Barthel_F	Observações
A.M.	M	83	Demência Vascular	Dependência Severa (10)	Dependência Moderada (45)	Hemiparesia Esquerda
A.P.	M	85	Demência Frontotemporal	Dependência Severa (15)	Dependência Severa (15)	Episódios de heteroagressividade
C.S.	M	62	Demência Vascular	Dependência Moderada (55)	Dependência Moderada (55)	Sintomatologia depressiva
H.B.	F	88	Demência Vascular	Dependência Severa (20)	Dependência Severa (20)	Episódios de AVC e AIT
H.S.	M	81	Doença Alzheimer	Dependência Moderada (40)	Independente (95)	Alterações Comportamentais
M.C.	F	89	Demência Frontotemporal	Dependência Moderada (55)	Dependência Ligeira (75)	Episódios de heteroagressividade
T.R.	F	76	Demência Frontotemporal	Dependência Moderada (50)	Dependência Moderada (50)	Comorbilidade Perturbação Bipolar

II.3.2 Avaliação dos Casos

À semelhança do anteriormente exposto, a dinâmica de grupo numa unidade de curto internamento impôs estratégias de intervenção e avaliação díspares, quando comparada com intervenção individual.

Deste modo, o encaminhamento dos casos a integrar no grupo de intervenção, apesar de ser realizado do mesmo modo pela equipa de enfermagem, implicou momentos distintos de avaliação dos utentes, bem como uma readaptação constante dos objetivos específicos de intervenção estipulados para cada sessão.

Numa sucinta descrição conjunta de todos os casos da amostra, tem-se que todos os utentes realizaram intervenções na área da Terapia Ocupacional, Expressão pela Arte e Fisioterapia (nesta última, com exceção da utente T.R.). Todos os utentes estiveram presentes em, pelo menos, 75% das sessões realizadas e demonstraram, do ponto de vista emocional, comportamental e social, competências adequadas de interação em dinâmica de grupo.

As avaliações, iniciais e finais, apesar de seguirem os mesmos procedimentos (recolha de dados informais e aplicação do instrumento de avaliação), foram contempladas de duas formas, designadamente, através de elaboração de sessões-tipo, em grupo, cujas atividades permitissem a avaliação dos itens previstos no instrumento selecionado; ou avaliação individual no momento prévio à sessão. A escolha da opção de avaliação teve como único critério as condições clínicas do utente, sendo que utentes com maior sintomatologia ansiosa e alterações do comportamento tiveram, preferencialmente, avaliações em dinâmica individual.

Apesar de se tratar de uma intervenção em grupo, e, portanto, existir apenas um plano de intervenção que incide sobre as principais áreas de enfoque nas síndromes demenciais, estas avaliações permitiram caracterizar o grupo e traçar um perfil psicomotor para uma melhor e mais eficaz adaptação dos objetivos específicos e estratégias do Plano de Intervenção.

II.3.2.1 O Instrumento de Avaliação

No âmbito do estágio de mestrado em Reabilitação Psicomotora foi solicitada a elaboração de um instrumento que permitisse uma avaliação em grupo de utentes com síndromes demenciais, pelo que se apresenta em baixo os seus itens (grelha do instrumento em anexo C), com influência das seguintes escalas: EGP, Escala de Tinneti, Bateria Psicomotora e Escala de Comportamento Adaptativo.

O instrumento criado, sob o nome de “Escala Psicomotora de Avaliação Informal”, destina-se à avaliação psicomotora de pessoas idosas (idade ≥ 60 anos) com síndromes demenciais, e encontra-se dividida em quatro domínios, designadamente: Motricidade; Cognição e Linguagem; Socioafetividade; e Outras áreas relevantes.

O domínio da Motricidade contempla oito categorias, com pontuações que variam entre zero a seis, dependente do item:

- Equilíbrio Estático: 6 – sem apoio; 5 – um apoio; 4 – dois apoios; 3 – uma pessoa; 2 – um apoio fixo; 1 – dois apoios fixos; 0 – não realiza;
- Equilíbrio Dinâmico: 6 – sozinho; 5 – um apoio; 4 – dois apoios; 3 – uma pessoa; 2 – um apoio contínuo; 1 – duas pessoas; 0 – não realiza;
- Equilíbrio Sentado: 2 – estável e seguro; 1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira; 0 – inclina-se ou desliza na cadeira;
- Equilíbrio ao Levantar-se: 2 – capaz na primeira tentativa sem usar os braços; 1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à primeira tentativa; 0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio;
- Tonicidade: 3 – eutónico; 2 – hipertónico; 1 – hipotónico;
- Motricidade Fina dos membros superiores e inferiores:
 - A – pega do objeto em pinça: 2- esquerda e direita; 1 – esquerda ou direita; 0 – não agarra;
 - B – Pontapeia a bola: 2- esquerda e direita; 1- esquerda ou direita; 0 – não pontapeia;

- Praxia Fina: 1 – desenho das duas figuras; 0.5 – desenho de uma figura; 0 – não desenha; 1 – escreve o nome, apelido e data de nascimento; 0 – não escreve.

O segundo domínio diz respeito à Cognição e Linguagem e abrange nove categorias, com pontuações que variam entre zero a cinco, dependente do item:

- Orientação Temporal: 1 – ano; 1 – mês; 1 – dia; 1 – dia da semana; 1 – estação do ano;
- Orientação Espacial. 1 – localidade; 1 – instituição; 1 – noção frente/trás; 1 – noção cima/baixo;
- Lateralidade: 3 – identifica direita e esquerda no outro; 2 – identifica direita e esquerda no próprio; 1 – identifica um dos lados; 0 – não identifica;
- Evocação: 1 – pêssego; 1 - pinheiro; 1 - copo;
- Atenção: 1 – sinal cinco; 1 – sinal dez;
- Retenção: 1 – pêssego; 1 – pinheiro; 1 – copo;
- Linguagem: 2 – adequada; 1 – excessiva; 0 – insuficiente/ inexistente;
- Expressão Corporal: 2 – adequada; 1 – excessiva; 0 – insuficiente/ inexistente.

O terceiro domínio, referente à Sócioafetividade, engloba quatro categorias, com pontuações que variam entre zero e dois, consoante o item:

- Disposição/Humor: 3 – humor eutímico; 2 – humor eufórico; 1 – humor subeutímico; 0 – humor deprimido;
- Identificação de Interesses: 2 – espontânea; 1 – com ajuda; 0 – não é capaz de identificar pontos de interesse;
- Empatia com os pares: 1 – empatia; 0 – apatia;
- Interesse pelas Atividades: 2 – sempre interessado; 1 – demonstra interesse esporádico; 0 – não demonstra interesse;
- Interação Social: 2 – interage de forma espontânea com os pares; 1 – interage com os pares por solicitação; 0 – não interage com os pares.

O quarto, e último domínio centra-se em Outras Áreas Relevantes e abrange duas categorias, com pontuações que variam entre zero e dois, dependendo do item:

- Capacidades Percetivas - somatório: 1 – sem alterações na visão; 0 – com alterações na visão; 1 – sem alterações na audição; 0 – com alterações na audição;
- Queixas Psicossomáticas: 2 – não se queixa de dores; 1 – queixa-se de dores esporadicamente; 0 – queixa-se de dores com frequência.

II.3.2.2 Procedimento de Avaliação

As avaliações iniciais e finais, de cada utente do grupo do estudo de caso, foram realizadas sem qualquer pausa e em dinâmica individual ou grupo de acordo com os critérios anteriormente referidos.

Estas avaliações decorreram na sala terapêutica da unidade 14, no período da tarde, contemplando uma duração máxima de uma hora. Seguindo os mesmos procedimentos das avaliações do caso de acompanhamento individual, também aqui as condições precedentes à avaliação foram asseguradas, designadamente a luminosidade, sonoridade e seleção dos materiais necessários ao momento.

Uma vez mais à semelhança do estudo de caso individual, as avaliações do grupo contemplaram orientação para a pessoa, tempo e espaço, tendo sido utilizados os mesmos materiais da primeira para a última avaliação.

O instrumento de avaliação foi aplicado de acordo com a grelha em anexo C, não se verificando alterações na ordem dos itens que pudesse comprometer o desempenho nas tarefas mnésicas.

II.3.2.3. Perfil Psicomotor do Grupo

Posteriormente à realização das avaliações iniciais e à análise dos resultados obtidos nas respetivas aplicações, torna-se importante criar um perfil psicomotor de grupo.

Uma vez que os resultados das avaliações individuais dos utentes do grupo são heterogéneos, o que dificulta a criação do perfil, optou-se por somar os resultados individuais dos utentes por domínio e atribuir-lhe o valor percentual tendo em conta o valor máximo que poderia ter sido obtido. Neste sentido, e como descrito na tabela 9, foram consideradas áreas fortes as que demonstraram uma avaliação inicial com valor percentual acima dos 75% e áreas a potenciar com valor abaixo dos 50%.

Com recurso estas informações, é possível sintetizar um perfil psicomotor que se traduz como a base para a elaboração de um plano de intervenção intencional e centrado nas necessidades do grupo.

Tabela 9- Perfil psicomotor do grupo

Áreas fortes	Áreas a potenciar
Noção do Corpo	Equilíbrio
Orientação Espaço/ Tempo	Tonicidade
Lateralidade	Praxias
Comunicação verbal	Memória
	Expressão Corporal
	Socioafetividade

II.3.3 Plano de Intervenção Psicomotora

O PIP, foi estabelecido para um período trimestral, tempo máximo de duração de um internamento regular na unidade 14 (3 meses).

O PIP abaixo apresentado (tabela 10) resulta da interação entre os resultados quantitativos e aspetos qualitativos obtidos nos processos de avaliação inicial dos utentes do grupo. O plano encontra-se dividido em três domínios principais, nomeadamente “Domínio Psicomotor”, “Cognição e Linguagem” e “Socioafetividade” e contempla as informações do perfil psicomotor no que toca às principais áreas de intervenção, bem como objetivos terapêuticos, estratégias, materiais e recursos.

Tabela 10 - Plano de Intervenção Psicomotora – Grupo

PIP – Estudo de caso grupo		
A- Domínios Psicomotores		
1. Equilíbrio – Promover o equilíbrio estático e dinâmico		
Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Atividades gerais
<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de reequilíbrio dos membros inferiores - Promover o controlo postural e melhorar a base de sustentação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os utentes devem ser capazes de fazer a mudança da posição de sentado para a posição ortostática com ajuda parcial ou totalmente autónoma; - Os utentes devem ser capazes de deambular autonomamente ou utilizar apenas 1 apoio na marcha. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percursos com diferentes bases de estabilidade; - Percursos com diferentes formas e ritmos de deslocação.
2. Tonicidade (membros superiores e inferiores) – Melhorar a tonicidade (eutónico)		
<ul style="list-style-type: none"> - Promover o reconhecimento/consciencialização das tensões corporais; - Potenciar estados de passividade e relaxamento neuromuscular 	<ul style="list-style-type: none"> - Os utentes devem permitir-se obter estados de passividade com menores níveis de tensão, durante as técnicas de relaxação; - Os utentes devem ser capazes de consciencializar e verbalizar as tensões sentidas (zonas do corpo com maiores ou menores tensões), no final de cada sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relaxação e retorno à calma; - Mobilização ativa e passiva de diferentes segmentos corporais; - Atividades de controlo respiratório (ciclos de inspiração- expiração).
3. Praxias – Promover a praxia		
<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar a praxia construtiva (promover habilidades construtivas e/ou de reprodução); - Manter a capacidade de escrita e desenho; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os utentes devem ser capazes de identificar (e.g. forma), realizar uma representação mental e conseguir reproduzir, desenhar ou escrever o que lhes for solicitado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades de contorno; - Jogos de mímica; - Atividades de construção; - Jogo jenga; - Jogo tangram.

Tabela 10 (continuação) - Plano de Intervenção Psicomotora – Grupo

B- Cognição e Linguagem		
4. Orientação - Promover a estruturação espaço-temporal		
<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de orientação para a realidade no tempo e no espaço; - Promover a orientação de acordo com conceitos espaciais (cima/baixo; frente/trás; dentro/fora); - Promover a capacidade de orientação topográfica - Potenciar a capacidade de ordenar acontecimentos, cronologicamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os utentes devem ser capazes de reconhecer a instituição e a sua localidade sem ajudas ou com ajuda parcial; - Os utentes devem ser capazes de verbalizar a data atual sem ajudas ou com ajuda parcial; - Os utentes devem ser capazes de ordenar as suas AVD por ordem temporal sem ajudas ou com ajuda parcial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade de orientação para a realidade e de contextualização espacial; - Atividades de orientação e posicionamento do corpo e dos objetos em relação ao espaço, espaço; - Ordenar imagens que representam uma ação motora com diferentes etapas.
5. Memória – Promover a memória a curto prazo		
<ul style="list-style-type: none"> - Manter a capacidade de retenção imediata; - Potenciar a capacidade de atenção/concentração; - Promover a capacidade de evocação recorrendo à memória de curto e médio prazo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os utentes devem escutar/ ler e seguir instruções, evocando-as posteriormente; - Os utentes devem ser capazes de realizar as tarefas sem que seja necessário repetir as instruções mais do que duas vezes ao longo da tarefa; - Os utentes devem ser capazes de reter conceitos e evocá-los a curto prazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo da memória com cartas; - Jogo da corrente de palavras; - Associação de movimentos a números ou cores.
6. Comunicação não- verbal – Promover a capacidade de expressão corporal		
<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de comunicação e expressão corporal; - Promover a capacidade de expressão emoções/sentimentos através da linguagem corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os utentes devem ser capazes de apresentar ações/emoções através gestos corporais, utilizando o menos possível a comunicação verbal; - Os utentes devem ser capazes de apresentar expressões corporais e faciais de forma livre e espontânea ao longo da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo gestual de AVD/ Profissões; - Jogo da estátua; - Jogo Quem é Quem - Representação de peças; - Jogo da pesca de emoções; - Atividade com dinâmica de dança.
C- Socioafetividade		
8. Interação social – Potenciar relações interpessoais		
<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de interação espontânea entre os pares; - Promover a capacidade de interajuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os utentes devem ser capazes de interagir espontaneamente dentro do grupo de trabalho, ao longo da sessão; - Os utentes devem ser capazes de resolver situações – problema em conjunto ao longo das tarefas, demonstrando a capacidade de escuta e argumentação entre o grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades dinâmicas entre pares e equipas; - Atividade do paraquedas; - Atividade de reflexão; - Atividade da aranha; - Jogo Quem é Quem.
Estratégias de Intervenção		
Pistas verbais		
Ajuda física		
Demonstração da tarefa		
Instruções simples		
Assertividade na dinamização		
Eliminação de estímulos distráteis		
Organização do contexto de intervenção		
Reflexão crítica (Feedback)		
Repetição de tarefas		
Verbalização		
Adaptações das atividades, contexto e materiais		
Dinamismo e participação igualitária		
Recursos		
Materiais disponíveis na sala terapêutica (e.g. bolas, arcos, rolos)		
Materiais disponibilizados pela estagiária (e.g. cartões, balões, paraquedas)		

II.3.4 Intervenção

A intervenção psicomotora com o grupo teve uma duração de aproximadamente três meses, verificando-se nesse período uma elevada rotatividade de utentes. Como referido anteriormente, na impossibilidade de incluir todos os utentes no estudo de caso, foi criado o critério de elegibilidade centrado na assiduidade (presença em 75% das sessões).

Com início em fevereiro e término em maio de 2018, registaram-se 34 sessões psicomotoras com uma frequência bissemanal (segunda e quarta-feira), no período das 16h às 17h.

As sessões seguiam uma estrutura de diálogo inicial, em que era realizada a orientação para a realidade (pessoa, tempo e espaço) e diálogo acerca da semana/ dia dos utentes. Seguiu-se o desenvolvimento das atividades do corpo da sessão, variado de acordo com objetivos específicos e operacionais estabelecidos para a sessão, terminando com o diálogo final com tarefas de retorno à calma e obtenção de feedback da sessão. As atividades planeadas foram estruturadas e pensadas, tendo por base os objetivos terapêuticos estabelecidos no plano de intervenção, não descurando os gostos, interesses e necessidades apresentadas pelo grupo.

Em termos de contextos de intervenção, as sessões decorreram todas na sala terapêutica da unidade, uma vez que os utentes apresentavam um padrão bastante heterogéneo em termos de mobilidade e padrão de marcha, pelo que por razões de segurança foi impossível a realização de atividades no exterior. Por este motivo e devido à escassez de recursos humanos, os utentes que não apresentavam uma marcha autónoma e não andassem com tecnologias de apoio (e.g. canadiana), deslocavam-se através da cadeira de rodas.

Seguidamente irá analisar-se, sob o ponto de vista quantitativo, a intervenção em dinâmica no grupo, no entanto é igualmente importante a abordagem dos aspetos qualitativos. Assim, durante o período de intervenção, foi possível observar que os utentes, na sua maioria, foram capazes de adequar e ajustar comportamentos a uma dinâmica e interação em grupo, demonstrando competências inibitórias fundamentais ao respeito pelo espaço do outro. Na maioria das sessões verificou-se, da parte dos utentes, interesse e motivação para a realização das atividades propostas, observando-se, simultaneamente, um aumento crescente das competências individuais de interação social.

Como supramencionado, segue-se o próximo subcapítulo, destinado à apresentação e comparação dos resultados obtidos.

II.3.5 Apresentação de resultados

O presente subcapítulo contemplará (tabela 11) os resultados quantitativos obtidos nos dois momentos de avaliação (inicial e final), bem como a trajetória percentual de progressão, por utente/domínio do instrumento de avaliação. Em anexo C pode ser consultado a folha de registo.

Tabela 11- Resultados quantitativos Estudo Caso Grupo

	A.M.		Progressão	A.P.		Progressão	C.S.		Progressão	H.B.		Progressão	H.S.		Progressão	M.C.		Progressão	T.R.		Progressão	TOTAL		Progressão	Índice Melhoria (%)
	I	F		I	F		I	F		I	F		I	F		I	F		I	F		I	F		
Equilíbrio Estático	3	4	↑	3	3	=	5	5	=	3	3	=	6	6	=	3	3	=	6	6	=	30	34	↑	9.5
Equilíbrio Dinâmico	3	3	=	1	1	=	5	5	=	3	3	=	3	6	↑	3	3	=	6	6	=	24	27	↑	7.1
Equilíbrio Sentado	2	2	=	1	1	=	2	2	=	2	2	=	1	2	↑	2	2	=	1	1	=	11	12	↑	7.1
Equilíbrio Levantar-se	0	0	=	0	0	=	1	1	=	0	0	=	0	1	↑	0	1	↑	1	1	=	2	4	↑	14.3
Tonicidade	2	2	=	2	2	=	2	2	=	2	2	=	1	3	↑	1	1	=	3	3	=	13	15	↑	9.5
Motricidade Fina	3	3	=	1	1	=	4	4	=	2	2	=	2	4	↑	2	3	↑	4	4	=	18	21	↑	10.7
Praxia Fina	0	0	=	0	0	=	2	2	=	1	1	=	1	1.5	↑	1	1.5	↑	1	1	=	6	7	↑	7.1
Noção Corpo	2	2	=	2	2	=	2	2	=	2	2	=	2	2	=	2	2	=	2	2	=	14	14	=*	0
Orientação Temporal	2	3	↑	4	3	↓	4	5	↑	5	5	=	2	3	↑	5	5	=	5	5	=	27	29	↑	5.7
Orientação Espacial	2	2	=	4	4	=	4	4	=	4	4	=	2	4	↑	4	4	=	4	4	=	24	26	↑	7.1
Lateralidade	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	2	3	↑	20	21	↑	4.8
Retenção	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	21	21	=*	0
Atenção	1	1	=	1	0	↓	2	2	=	2	2	=	1	2	↑	2	2	=	1	1	=	10	10	=	0
Evocação	1	1	=	1	0	↓	2	3	↑	2	3	↑	1	2	↑	3	3	=	1	2	↑	11	14	↑	14.3
Linguagem	2	2	=	0	0	=	2	2	=	2	2	=	2	2	=	2	2	=	2	2	=	12	12	=	0
Expressão Corporal	0	2	↑	0	0	=	0	2	=	2	2	=	0	2	↑	2	2	=	2	2	=	6	12	↑	42.9
Disposição/Humor	3	3	=	1	1	=	3	3	=	3	3	=	0	3	↑	2	2	=	0	3	↑	12	18	↑	28.6
Identificação Interesses	2	2	=	1	1	=	2	2	=	2	2	=	1	2	↑	2	2	=	2	2	=	12	13	↑	7.1
Empatia com pares	1	1	=	0	0	=	0	1	↑	1	1	=	0	1	↑	0	1	↑	1	1	=	3	6	↑	21.4
Interesse atividades	1	1	=	2	2	=	1	2	↑	2	2	=	1	2	↑	1	2	↑	2	2	=	10	13	↑	21.4
Interação Social	1	2	=	1	1	=	1	2	↑	2	2	=	1	2	↑	1	2	↑	2	2	=	9	13	↑	28.6
Capacidade Percetiva	1	1	=	1	1	=	1	1	=	2	2	=	2	2	=	1	1	=	1	1	=	9	9	=	0
Queixas Psicossoma	1	1	=	0	0	=	2	2	=	2	2	=	2	2	=	1	1	=	2	2	=	10	10	=	0
TOTAL	39	44	↑	32	29	↓	53	60	↑	52	53	↑	37	60.5	↑	46	51.5	↑	54	57	↑				
Índice Melhoria	8%			-5%			11%			2%			37%			9%			5%						

De um modo global é possível observar que se verificaram índices de melhoria positivos na maioria dos domínios de intervenção (17 dos 23), bem como em 6 dos 7 utentes que compõem o estudo de caso.

É igualmente constatável que existem dois domínios (assinalados na progressão com *) sem índice de melhoria uma vez que se encontravam com a pontuação máxima, em todos os utentes, na avaliação inicial e final, nomeadamente a Noção do Corpo e a Retenção. Do mesmo modo, verifica-se que o domínio com maior expressividade no índice de progressão é a Expressão Corporal (42.9%), verificando-se a presença de quatro sem progressão, ainda que possível, designadamente Atenção, Linguagem, Capacidades Percetivas e Queixas Psicossomáticas. Não há registo de deterioração em nenhum domínio.

Relativamente às progressões individuais, destaca-se o maior índice de melhoria para o utente H.S. (37.3%) contrastando com o índice de melhoria negativo registado pelo utente A.P. (- 4.8%).

II.3.6 Discussão de Resultados

Numa visão global e tendo por base os índices de melhoria do grupo nos diferentes domínios de intervenção, constatou-se que ao nível do equilíbrio estático e dinâmico obteve-se um índice de progressão de 9.5% e 7.1%, respetivamente. Como referido pela literatura, dificuldades neste âmbito estão relacionadas com as capacidades sensória-percetivas do idoso, comprometendo o planeamento motor em relação ao espaço (Juhel, 2010). Parece pertinente salientar que na fase final da intervenção, o grupo apresentou a preservação das capacidades percetivas e a melhoria nas capacidades práticas, podendo estar na base dos valores de progressão apresentados ao nível do equilíbrio. Numa apreciação qualitativa da avaliação final ao nível do equilíbrio dinâmico, mais especificamente na marcha, verificou-se um comportamento motor heterogéneo entre os elementos do grupo, com diferentes níveis de intensidade de apoio, o utente A.M. carecia do auxílio de duas pessoas para andar, três (A.M.; H.B.; M.C.) dos sete utentes necessitavam de apoio de 1 pessoa para a deslocação e os restantes (C.S.; H.S.; T.R.) apresentavam uma marcha autónoma sem apoio ou com utilização de auxiliar de marcha (bengala).

Relativamente ao domínio da tonicidade, o índice de melhoria apresentado foi 9.5%, ainda assim e numa visão qualitativa deste fator psicomotor quatro utentes (A.P.; A.M.; C.S.; H.B.) apresentaram na avaliação final, um tônus muscular hipertónico com resistência ao movimento passivo, característico num quadro demencial consequente de um acidente vascular cerebral (Huang et al, 2016). Neste sentido importa referir que três dos utentes anteriormente mencionados estão perante esse quadro de diagnóstico,

o que confere uma maior dificuldade na reversão da capacidade tónica. O H.S. e a T.R., apresentaram melhorias e preservação dos estados do tónus, sobretudo ao nível dos membros inferiores, com ganhos na força muscular e melhor capacidade de amplitude de movimentos, corroborando Juhel (2010), que salienta a importância da intervenção psicomotora para os ganhos na capacidade de ajustar e flexibilizar os movimentos. Salientando a importância deste domínio julga-se pertinente referir que um estado eutónico pode estar na base de uma melhor capacidade do utente realizar o levante. Como pode ser verificado na tabela 11 os utentes que apresentaram na avaliação final melhor pontuação ao nível da tonicidade mostraram maior capacidade para realizar a transferência da posição de sentado para a posição ortostática, em contrapartida a grande maioria que apresenta alterações ao nível do tónus são incapazes de o realizar sem apoio.

Ao nível da Motricidade Fina, o grupo obteve um índice de melhoria de 10.7%. Segundo Juhel (2010), na base do deterioramento evidenciado está a desintegração das capacidades ao nível do equilíbrio, da tonicidade (força, agilidade, flexibilidade e resistência) e coordenação motora, i.e., a capacidade de planeamento motor, integrando uma boa capacidade de esquema corporal e estruturação espaço-temporal. O grupo de intervenção apresentou de uma forma global um índice positivo de melhoria nos referidos domínios, ressalvando que os dois últimos são considerados áreas fortes deste grupo, perspetivando melhorias ao nível da capacidade para planear movimentos precisos e voluntários (Juhel, 2010). Numa visão qualitativa de desempenho, três utentes (C.S.; H.S.; T.R.) na avaliação final realizaram os itens de pega do objeto em pinça e o pontapear a bola, utilizando os respetivos membros superiores e inferiores, esquerdo e direito, apresentando uma capacidade de coordenação motora adequada, sem evidências de comprometimentos ao nível do equilíbrio. Esta evidência parece corroborar Juhel (2010), no sentido da intervenção psicomotora potenciar simultaneamente a capacidade de coordenação e regulação do tónus muscular. A utente M.C. apresentou melhorias ao nível da cotação e desempenho qualitativo em comparação com a primeira avaliação realizada, ainda assim ao nível dos membros inferiores não conseguiu realizar o pontapear da bola com o pé esquerdo (lado não dominante), apresentando algumas dificuldades na dissociação de movimentos. No caso do utente A.M., a cotação manteve-se, devido à dificuldade para realizar movimentos do lado esquerdo, sobretudo ao nível do membro superior, consequência de uma hemiparesia. Ainda, e no caso específico do utente A.P., apenas foi realizado nos dois momentos de avaliação o pontapear com o pé direito, devido à tonicidade hipertónica apresentada e à evidente agitação psicomotora, não conseguindo coordenar os movimentos adequadamente, fator comprometido na fase de envelhecimento (Juhel,

2010; Nuñez e González, 2012). Para além disso, este aspeto pode ainda ser explicado pela existência de comprometimentos neurológicos ou musculares que influenciam diretamente movimentos mais precisos (Juhel, 2010), como é o caso da preensão.

No domínio da praxia fina, constatou-se um índice de melhoria de 7.1%, observando-se melhorias em dois dos sete utentes (H.S e M.C.). A referir que a alteração destes resultados quantitativos estão na base da realização do item de desenho de figuras, apresentando melhores capacidades práxicas construtivas ao nível da execução bem como a preservação das capacidades visuoespaciais na identificação das formas em partes. Estas habilidades, segundo Juhel (2010), está diretamente associada à capacidade da estruturação espacial, áreas fortes das respetivas utentes. Fazendo referência aos restantes elementos, dois utentes preservaram as suas capacidades de praxia fina através da realização do item da escrita, apresentando movimentos de pinça adequados com boa capacidade de precisão, em contrapartida não existiu evolução no item de desenho de figuras, relacionado com a capacidade da praxia construtiva, habilidades deterioradas em quadros demenciais (Grossi et al., 2002). Os utentes A.M. e A.P. não realizaram as tarefas deste domínio nos dois momentos de avaliação, evidenciando-se um comprometimento ao nível da capacidade de escrita/desenho, indo ao encontro do referido por Aubert e Albaret (2001), existem perdas frequentes do indivíduo idoso ao nível a amplitude dos movimentos de pinça e de precisão, condicionando deste modo a realização de atividades motoras mais minuciosas. Este comprometimento pode estar também relacionado com o declínio da capacidade de integração da coordenação dos movimentos oculares, com as competências sensoriais táteis e com as capacidades cognitivas (Fonseca, 2001b).

Na noção do corpo, foi o domínio no qual todos os utentes obtiveram a cotação máxima nos dois momentos de avaliação (índice de melhoria de 0%). Numa perspetiva qualitativa da avaliação, os utentes evidenciaram boas capacidades na identificação e nomeação de diferentes partes do corpo (à exceção na identificação do tornozelo e pálpebras), corroborando com Fonseca (2001b), que sendo um fator que pode apresentar declínios no processo de envelhecimento é também o que tem melhor capacidade de preservação nesta fase. Neste sentido, a intervenção psicomotora tem um papel preponderante para potenciar uma melhor consciencialização do corpo, mediada por técnicas de expressão corporal (Madera, 2005).

Entrando na área cognitiva e da linguagem, ao nível da orientação temporal e espacial, o grupo apresentou um índice de melhoria de 5.7% e 7.1%, respetivamente. A terapia de orientação para a realidade foi um domínio trabalhado e avaliado durante todo o período de intervenção, na primeira parte das sessões como proferido por Rodriguez (2003), a salientar que quatro (C.S.; H.B.; M.C. e T.R.) dos sete utentes,

apresentaram-se totalmente orientados no tempo nas sessões de avaliação final, os restantes (A.M; H.S. e A.P.), parcialmente orientados, evidenciando o A.P. um declínio neste domínio. Na base deste comprometimento pode estar a capacidade de retenção e codificação das experiências vividas ao longo do tempo, existindo a desintegração dos conceitos de simultaneidade, ordem e sequência temporal, duração, repetição de acontecimentos, entre outros (Juhel, 2010).

Na perspetiva de avaliação final qualitativa da orientação no espaço todos dos utentes, à exceção de A.M., preservaram o desempenho máximo ou melhoraram as capacidades de organização no contexto, integrando conceitos e noção de espaço. Segundo Fonseca (2005), na base deste desempenho está a consciencialização que o individuo tem do seu “eu” corporal, área forte evidenciada pelo grupo, associada a noções de espaço, i.e. integração dos conceitos do “eu” e do “eu em relação ao outro/objeto” (e.g. posições) (Fonseca, 2005; Morais, 2007). Estes resultados positivos, corroboram com os resultados ao nível do domínio da lateralidade que evidenciou um índice de melhoria de 4.8%, no qual numa avaliação qualitativa, os utentes preservaram o desempenho máximo ou melhoraram as capacidades na identificação da esquerda e direita em relação ao outro/objeto, nível de exigência máxima no conceito de lateralidade.

Ainda dentro do domínio cognitivo, no que concerne aos processos cognitivos, na capacidade de retenção e evocação imediata, os utentes obtiveram a cotação máxima nos dois momentos de avaliação (índice de melhoria de 0%), apresentando qualitativamente a capacidade de evocação imediata das três palavras pela ordem solicitada “pêssego, pinheiro e copo”, sem necessidade de repetição ao nível da instrução.

Na atenção (índice de melhoria de 0%) quatro (C.S.; H.B.; M.C. e H.S) dos sete utentes realizaram apreensão do objeto aos dois sinais, manifestando a este nível capacidades de atenção seletiva e sustentada, inibindo estímulos irrelevantes quando se está focado num elemento específico (Geerling et al., 2014), imprescindíveis para o desempenho em atividade cognitivas (Lemaire e Bherer, 2005). No caso dos restantes utentes, T.R. e A.M., realizaram apreensão do objeto respeitando apenas a primeira contagem verificando-se dificuldades de concentração (atenção sustentada), i.e., a capacidade para manter o foco no estímulo pretendido durante um período estimável (Lemaire e Bherer, 2005). No caso específico do A.P., houve um declínio a este nível, verificando-se, como anteriormente referido, dificuldades na capacidade de planear e executar movimentos mais precisos, como a apreensão do objeto, associada ao comprometimento no foco da atenção, para estímulo auditivo e visual, aumentando o nível de complexidade da tarefa. Corroborando com Melo e Barreiros (2002), a pessoa

idosa para realizar duas ações em simultâneo apresenta uma dificuldade acrescida na gestão da atenção entre dois ou mais estímulos, estando na base do seu comprometimento dificuldades na seleção de informação. Neste caso específico do A.P., a literatura refere que qualquer que seja o tipo de estímulo apresentado, resulta em dificuldades para se manter e realizar a tarefa até ao fim (Stopford et al., 2012), estando este campo cognitivo frequentemente comprometido em indivíduos com este quadro demencial (Hauser e Josephson, 2009). Ainda nesta linha de pensamento parece existir uma dificuldade na capacidade de controlo inibitório (Stopford et al., 2012; Horning e Davis, 2012), apresentado por A.P., algumas antecipações na resposta motora.

No âmbito da evocação diferida, na avaliação das capacidades mnésicas, o grupo apresentou um índice de melhoria de 14.3%. Numa perspetiva qualitativa de desempenho, cinco dos sete utentes melhoraram ou preservaram o desempenho máximo deste item, entre os quais a/o M.C., C.S. e a H.B., verbalizaram as três palavras sem necessidade de recorrer a pistas verbais ou por reconhecimento, os outros dois utentes (T.R. e H.S.) evocaram duas das três palavras pretendidas, sugerido uma melhor capacidade na memória de trabalho, mais especificamente na retenção e codificação da informação recente (Glisky, 2007; Sequeira, 2010). No caso do utente A.P., não evocou nenhuma das três palavras, de forma livre ou com pistas, apresentando um declínio na sua cotação. Confrontando este resultado com a literatura, Hauser e Josephson (2009), referem que com progresso da doença, mais especificamente ao nível da demência frontotemporal, a memória verbal e visual apresentam evidentes declínios, podendo estar relacionados com o comprometimento sensório-percetivo (Lemaire e Bherer 2005).

Os índices de melhoria apresentados pelo grupo no que respeita aos processos implícitos no desempenho cognitivo, pode corroborar com a visão de Sequeira (2010) e Horning e Davis (2012), que através da intervenção tendo por base a estimulação de capacidade de plasticidade que se verifica no cérebro humano e a reestruturação da informação armazenada, torna-se possível manter e melhorar as capacidades cognitivas do indivíduo idoso.

No campo da comunicação e expressão não-verbal existiram evidentes melhorias após a intervenção psicomotora, apresentando-se como índice de progressão o valor de 42.9, em termos percentuais. Este resultado pode indicar a incidência e a relevância da intervenção psicomotora na expressão e comunicação através do corpo, remetendo para a intencionalidade do movimento no espaço, como forma de comunicação e relação com outro (Juhel, 2010; Montañes e Kist, 2011), estando na sua base o conhecimento do “eu” (Montañes e Kist, 2011), área forte do grupo estudado. A

intervenção psicomotora através de técnicas de expressão corporal, gestual e do corpo em movimento potencia vivências corporais positivas, fundamentais para um melhor conhecimento corporal e de autoconsciencialização (Madera, 2005). Numa perspetiva qualitativa do desempenho, todos os utentes, à exceção de A.P., apresentaram melhorias de adequação da expressão corporal, em contrapartida o utente anteriormente referido apresentou nos dois momentos de avaliação uma comunicação não-verbal pobre, com ausência na produção de gestos através de mímica.

Relativamente ao grande último domínio, Socioafetividade, em particular, na disposição/humor, existiu índice de melhoria de 28.6%, observando-se melhorias na apresentação de um humor eutímico em cinco (A.M.; C.S.; H.B.; H.S. e T.R.) dos sete utentes, em contrapartida o A.P. e a M.C., apresentaram respetivamente um humor subeutímico e eufórico. No que concerne aos restantes itens do domínio da socioafetividade, tais como a empatia com os pares, o interesse pelas atividades e a interação social, constatou-se um índice de melhoria nos dois primeiros de 21.4% e no último de 28.6%, corroborando com a intencionalidade da intervenção psicomotora em grupo para as questões de socialização e promoção das capacidades das relações interpessoais (Aragón, 2007). Numa avaliação qualitativa final, ao nível deste domínio é de salientar as melhorias apresentadas pela maioria dos utentes, à exceção do A.P., todos mostraram o estabelecimento de uma relação empática e afetiva com os pares bem como uma boa capacidade de interação. Importa destacar neste domínio os resultados apresentados pelo A.P., não se verificando alterações no âmbito socioemocional, demonstrado reais dificuldades na empatia com o outro e na interação espontânea, existindo um grande desinvestimento social (APA, 2013), acompanhado da dificuldade para a identificação de situações que para si são significativas.

Na comparação das progressões individuais, destaca-se o maior índice de melhoria para o utente H.S. (37.3%), evidenciando melhorias ao nível psicomotor, cognitivo, social e emocional, componentes valorizadas na intervenção psicomotora (Borges et al., 2010), com vista à autonomia e à funcionalidade do idoso (Fonseca, 2001b). Contrariamente a este cenário o utente A.P. apresentou um índice de melhoria negativo (-4.8%), evidenciando uma progressão rápida da doença, na qual a intervenção não resultou em melhorias e pouco atenuou essas alterações.

Numa visão geral dos resultados discutidos e apresentados, julga-se pertinente salientar que a intervenção psicomotora realizada com este grupo, parece ter sido preponderante na preservação e melhoria dos domínios psicomotores, cognitivos, sociais e emocionais.

II.3.7 Reflexão Crítica do Estudo de Caso Grupo

Julga-se pertinente refletir criticamente sobre todo o processo de intervenção psicomotora em dinâmica de grupo, em particular do grupo apresentado, sem descurar as dificuldades, desafios e oportunidades como parte integrante deste processo.

Refletindo sobre as dificuldades apresentadas ao longo do processo de avaliação do grupo, destaca-se a pertinência da escolha dos domínios e itens para elaboração da escala de avaliação informal, que deveriam ser adequados às características dos intervenientes, o que dificultou a tarefa do psicomotricista tendo por base a heterogeneidade do grupo, ainda que partilhem necessidades e objetivos terapêuticos comuns. Quando a escala foi aplicada em grupo, deparei-me com a dificuldade na avaliação e aplicação de alguns itens, de forma a que as respostas de cada um, individualmente, não fossem influenciadas pelo desempenho de outro. Este foi um obstáculo que fez jus à minha capacidade de adaptação. Ainda que tenha sido possível obter um conjunto de informações pertinentes à elaboração de um plano de intervenção centrado nas necessidades apresentadas pelo grupo, percebi que alguns domínios deveriam conter mais tarefas para além das que foram solicitadas, complementando a recolha de informação.

Outra dificuldade manifestada numa fase inicial de intervenção com o grupo, prendeu-se com a adequação de estratégias e atividades com níveis de dificuldade intermédia, tendo por base as capacidades e características do grupo e os comprometimentos da progressão da doença. A este facto associou-se a elevada rotatividade de utentes dentro do grupo, exigindo uma adequação constante na prática realizada. A determinado momento existiu a necessidade de parar e refletir sobre isto, exigindo o desenvolvimento da minha maturidade profissional, perspetivando a realização de atividades e a promoção de experienciais que permitissem a participação plena de todos os intervenientes, desencadeando sentimentos prazerosos e significativos para o grupo.

A intervenção em grupo é uma dinâmica de apoio nas questões sociais, verificando-se uma grande facilidade na estimulação das competências socioemocionais, sendo exemplo disso os resultados apresentados pelo grupo neste domínio. Ainda e tendo por base os resultados obtidos, a intervenção psicomotora tem um papel de atuação preponderante em quadros demenciais, sobretudo quando estamos perante um grupo que do ponto vista cognitivo apresenta-se numa fase inicial da progressão da doença, e na qual o trabalho de algumas competências intactas tem efeitos compensatórios nas perdas recentes.

Em suma, a intervenção com este grupo, potenciou e melhorou a minha capacidade de assertividade, dinamização, escuta ativa, análise crítica e reflexiva.

II.4 Outros Casos Acompanhados

Para além dos dois estudos de caso acima descritos foi possível realizar o acompanhamento de mais sete casos, quatro deles em dinâmica individual e três em grupo, seguindo-se em baixo uma sucinta descrição de cada um deles.

II.4.1 Acompanhamento em Grupo

II.4.1.1 Grupo Intermédio - U14

Na unidade 14, onde se desenrolaram ambos os estudos de caso, existiu espaço para realizar outros acompanhamentos, nomeadamente de um grupo rotativo, com cerca de cinco utentes, com um nível de competências equivalente a síndromes demências em estádios moderados.

Esta intervenção contemplou avaliações formais (iniciais e finais) aos vários elementos do grupo, bem como criação de plano de intervenção psicomotora e planeamento bissemanal de sessões de 1 hora.

II.4.1.2 Grupo DID - U16

Na unidade 16 (unidade de longo internamento na área da DID) realizou-se o acompanhamento, semanal, de um grupo de quatro utentes, todas do género feminino, com idades compreendidas entre os 40 e os 70 anos, e com necessidade de apoio extensivo.

Esta intervenção contemplou avaliação formal a cada utente, nos momentos pré e pós intervenção psicomotora, bem como elaboração e implementação de plano de intervenção psicomotora.

II.4.1.3 Grupo Tanque Terapêutico – DID, Psiquiatria

Realizou-se acompanhamento, em dinâmica de grupo, de cinco utentes, três com diagnóstico de DID e duas com diagnóstico psiquiátrico, todas do género feminino, com idades compreendidas entre os 30 e os 70 anos. Esta intervenção decorreu em tanque terapêutico, com uma periodicidade semanal, com a duração de 2 horas (tempo na água e estimulação das competências de autonomia em balneário pré e pós intervenção).

A avaliação do grupo foi realizada informalmente, devido à escassez de instrumentos específicos para esta população, neste contexto, no entanto foram observadas todas as competências necessárias à segurança da intervenção e à identificação das áreas psicomotoras a potenciar.

II.4.2 Acompanhamento Individual

II.4.2.1 Utente E.N. – Intervenção Sala Terapêutica

Utente E.N., género feminino, 71 anos, diagnóstico de DA, história clínica de atividade produtiva alucinatória com surgimento após perda de visão. Deu entrada na unidade 14 para controlo sintomático.

Foi realizado avaliação formal inicial e final, plano individual de intervenção e planeamentos para uma intervenção em dinâmica bissemanal. A utente apresentou, ao longo de todo o período de intervenção, oscilações de humor (humor deprimido vs. humor eufórico), acompanhado por maior ou menor evidência de atividade produtiva, o que comprometeu o seu desempenho nas sessões. Durante o período de intervenção houve necessidade de uma interrupção de uma semana por descompensação psiquiátrica.

II.4.2.2 Utente L.S. – Intervenção Snoezelen

Utente L.S., género feminino, 83 anos, diagnóstico de DA, história clínica de atividade produtiva alucinatória visual, auditiva e verbal. Deu entrada na unidade 14 para controlo sintomático.

Devido ao estágio demencial avançado optou-se por realizar intervenção sensorial em contexto de snoezelen. Por isso mesmo, e por não existirem instrumentos de avaliação específicos para este contexto/ tipologia de intervenção, foi realizada avaliação informal, sob o ponto de vista da observação terapêutica, a fim de se estabelecerem os objetivos para a intervenção.

II.4.2.3 Utente A.C. – Intervenção Snoezelen

Uma outra intervenção que decorreu em contexto de snoezelen foi o caso da utente A.C., género feminino, 84 anos, com diagnóstico de DA em estadio severo. Deu entrada na unidade 14 para controlo sintomático.

De acordo com a intervenção descrita no caso acima, também no acompanhamento desta utente a avaliação foi realizada segundo parâmetros informais que permitiram, no entanto, o apuramento das informações necessárias a uma intervenção com intencionalidade terapêutica.

II.4.2.4 Utente J.F. – Intervenção no Leito

Utente J.F., género masculino, 62 anos, com permanência no leito, com diagnóstico de tetraplegia após traumatismo cranioencefálico grave. Deu entrada na unidade 7 (unidade de lesão cerebral) para reabilitação física e cognitiva.

Após avaliação multidisciplinar, e por inexistência de potencial de reabilitação, a intervenção psicomotora foi direcionada para as competências sensoriais, com o objetivo último de as preservar e potenciar momentos de prazer e bem-estar do utente. Assim, a intervenção decorreu no quarto, no leito, com recurso a materiais sensoriais portáteis (provenientes da sala de snoezelen ou elaborados para o efeito), promovendo-se a gestão ambiental (luminosidade, temperatura e sonoridade).

A intervenção psicomotora realizada com os casos anteriormente mencionados resultou num desafio acrescido, mas também numa mais-valia para o enriquecimento profissional da estagiária. A intervenção com grupos e indivíduos caracteristicamente heterogéneos e diferenciados do ponto de vista do quadro de diagnóstico, permitiu à estagiária alargar a sua visão da prática psicomotora, possibilitando um ganho de ferramentas na adaptação da intervenção, em função da patologia atendida, do contexto, da dinâmica e da individualidade de cada utente, proporcionando gradualmente uma maior capacidade para o ajuste terapêutico. Neste sentido, surgiu a necessidade constante de adaptação à forma de intervenção ao nível da orientação, das atividades propostas otimizando os benefícios terapêuticos contemplados nos diferentes contextos de intervenção, possibilitando uma intervenção intencional que desse respostas às reais necessidades dos utentes.

II.5 Atividades complementares de estágio

Durante o período de estágio existiu espaço para alguns momentos que se inserem como atividades complementares, quer por ter permitido uma maior integração e conhecimento sobre a identidade da instituição, quer por ter possibilitado uma interação diferenciada com os utentes e equipa multidisciplinar, como são os exemplos descritos abaixo:

II.5.1 Projeto “Uma Imagem por Mil Palavras”

Na unidade 14 foi proposta a implementação de um projeto, em parceria entre a psicomotricidade e a terapia ocupacional, de orientação por imagens. Este projeto consistia na criação de uma sequência lógica de fotografias em contexto real que segmentasse por etapas a tarefa de lavar as mãos.

Esta necessidade surgiu fundamentada pela literatura e prática clínica, onde se evidencia que uma das principais características da pessoa com demência é a dificuldade ao nível das funções executivas, nomeadamente planeamento e programação da resposta motora. Com o fracionamento de uma tarefa em etapas simplificadas, este projeto contribui para o aumento da autonomia dos utentes internados na unidade, potenciando a sua funcionalidade.

II.5.2 Projeto “Amália – Robot Terapêutico”

O projeto “Amália – robot terapêutico que estimula pessoas com demência” foi criado pela equipa multidisciplinar da unidade 14 e tinha por base a aquisição do Robot Paro (batizado pelos utentes da CSI de Amália) para a estimulação e reabilitação dos utentes internados no serviço.

Para tal, foi realizada uma ação nacional de sensibilização e angariação de fundos, com a participação de todos os colaboradores e estagiários da unidade, no sentido de alargar o perímetro de abrangência da medida.

II.5.3 Apresentações Científicas

Como atividade científica, foi solicitado pela orientadora local de estágio a apresentação periódica de um artigo com impacto na área, à escolha da estagiária, sob o qual deveria ser feita uma análise crítica. Os artigos escolhidos, bem como os seus autores, encontram-se detalhados abaixo:

- “The several faces of dementia syndrome: How to diagnose clinically” (Formari, Garcia, Hilbig e Fernandez, 2010);
- “Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e género” (Campos, Ferreira e Vargas, 2015);
- “Association between a change in social interaction and dementia among elderly people” – Cunene, et al. (2016)

- “Psicomotricidade e retrogênese: considerações sobre envelhecimento e doença de alzheimer” – Borges, Aprahamian, Radanovic e Forlenza (2010)

II.5.4 Reflexões Natal e Páscoa

Por se tratar de uma instituição com base religiosa, existe espaço para os colaboradores, por opção, frequentarem os dois momentos como espaço de escuta e partilha/ reflexão sobre os acontecimentos inerentes ao Natal e à Páscoa. Estes momentos são orientados pelo padre ou assistentes espirituais e são direcionados a colaboradores, utentes, voluntários e familiares.

II.5.5 Momento Culinário

No âmbito da semana comemorativa de Maria Josefa (cofundadora do IIHSCJ e patrona da U14) foi organizado um momento de culinária, direcionado aos utentes da unidade, e que contou com o apoio da área da psicomotricidade, terapia ocupacional e terapia da fala (técnicos e respetivos estagiários). No momento prévio à realização da atividade, os utentes escolheram quais as sobremesas a realizar para que se procedesse à compra dos ingredientes necessários. No dia combinado foi realizada a atividade, contando com a participação de 7 utentes com demência.

II.5.6 Sessão de Jogos Tradicionais

No âmbito da semana comemorativa de Maria Josefa foi organizada uma manhã de Jogos Tradicionais, com a coparticipação do estagiário de terapia ocupacional, tendo sido este foi um momento de organização e implementação com exclusiva responsabilidade dos estagiários. Foram realizados cinco jogos tradicionais (jogo da malha, tiro ao alvo, sacos de feijão nos arcos e bola às latas), contando com a participação de cerca de 20 utentes com demência.

II.5.7 Via Sacra

Como momento recorrente na CSI as várias unidades e serviços ficam responsáveis pela dinamização de uma estação da Via sacra, que retrata os acontecimentos da morte e ressurreição de Jesus Cristo. Toda a equipa participou nesta dramatização, quer através da própria integração no momento, quer através da preparação dos utentes para a mesma.

II.5.8 Torneio Wii

No âmbito da semana comemorativa de Maria Josefa foi organizado um momento de bem-estar e interação entre os vários elementos da equipa que compõe a U14 (terapeutas, enfermeiros, auxiliares, voluntários e estagiários) com a organização de um Torneio Wii. Este momento contou com a presença de cerca de 20 pessoas.

As atividades anteriormente descritas resultaram em aprendizagens que possibilitaram numa vertente teórico-prática ou até mesmo reflexiva, complementando a experiência no âmbito do estágio. Numa visão de enriquecimento profissional e pessoal estas experiências possibilitaram à estagiária o contato direto com diferentes profissionais, que no sentido de partilha de ideias e práticas, ampliaram o conhecimento de diferentes áreas, para além da sua área formação. Numa vertente empreendedora julga-se pertinente perceber de que forma, em termos institucionais, podem ser realizadas atividades que promovam a qualidade profissional e o trabalho em equipa com o objetivo primordial de proporcionar aos utentes um bem-estar pleno e uma melhor qualidade de vida. É notável a preocupação desta instituição perante a questão da formação contínua dos profissionais e colaboradores primando pelo crescimento de todos, através destes momentos de partilha e convívio interdisciplinar.

Conclusão

Apresentada e contextualizada a prática, realizada no âmbito da intervenção psicomotora na área da Gerontopsiquiatria, durante o período de estágio de aprofundamento de competências profissionais, julgo imprescindível refletir sobre o percurso realizado quer numa visão de crescimento pessoal, quer numa perspetiva profissional.

A escolha deste estágio não se prendeu com o gosto e interesse pessoal na atuação no âmbito da gerontopsiquiatria, gerando numa fase inicial alguma angústia na oportunidade apresentada. A intervenção nesta população específica emergia na minha ótica pessoal algumas questões, como a vulnerabilidade à morte, com a qual tinha alguma dificuldade em lidar, aparentando ser um obstáculo de atuação com uma população mais envelhecida. Rapidamente, com ajuda e apoio da orientadora local, percebi que essa questão poderia ser refletida de um outro prisma, sem que tivesse necessariamente de comprometer a minha disponibilidade para a intervenção e aprendizagem nesta área.

O estágio no âmbito de mestrado, pela carga horária exigida, e neste caso específico da CSI, pelos contextos de intervenção psicomotora disponibilizados permite ao estagiário, numa visão do campo profissional, ampliar o seu leque de experiências e aprendizagens, tornando-a numa oportunidade mais enriquecedora. Ainda o confronto com as dificuldades sentidas ao longo do período de intervenção, contribui em muito para enriquecimento da experiência, cabe ao próprio refletir sobre as mesmas, arranjar estratégias e ferramentas que permitam atenuar essas dificuldades, tornando-as mais tarde em aprendizagens.

Numa fase inicial da intervenção percebi que alguns conhecimentos teóricos, imprescindíveis à prática profissional, se dissiparam ou estavam pouco claros pelo que senti a necessidade de procurar e refletir sobre algumas questões teóricas, relacionadas com a população-alvo, a intervenção e estratégias que facilitassem o processo de intervenção e colmassem esta dificuldade inicial. Percebi que o conhecimento teórico é fundamental na atuação, porém deve existir a capacidade de adaptação desses conhecimentos para intervenção realizada na prática, não descurando a minha visão e forma de atuação no âmbito da intervenção psicomotora.

Aliado ao crescimento pessoal e profissional está a equipa multidisciplinar da unidade 14 de gerontopsiquiatria, com profissionais das mais diversas áreas sociais, terapêuticas e clínicas, que em muito ajudaram na compreensão de termos e conhecimentos, na partilha de ideias e práticas, que não estando diretamente relacionados com a intervenção psicomotora são promotores de uma intervenção bem-

sucedida e focada nas reais necessidades das pessoas assistidas. Nesta dinâmica conjunta de diferentes áreas de intervenção, a equipa multidisciplinar foi uma mais-valia nos processos de avaliação dos casos intervencionados, que na sua ótica terapêutica complementavam a informação recolhida na avaliação psicomotora.

A capacidade de análise e a sensibilidade da observação do ponto de vista avaliativo foi uma área trabalhada ao longo de todo o processo. À medida que o leque de conhecimentos aumentava, a capacidade de observação e identificação de sinais e análise de situações aumentava proporcionalmente, permitindo aperfeiçoar a capacidade de avaliação.

Ainda numa perspetiva de adaptação contínua, os planeamentos de intervenção são documentos orientadores da forma como queremos e pretendemos obter os objetivos delineados, ainda assim e por diferentes questões, tais como a disponibilidade dos utentes ou a mudança inesperada do contexto de intervenção, devemos ter a capacidade de adaptar as atividades e estratégias de intervenção com último fim a uma intervenção intencional. Esta foi também uma dificuldade apresentada no período inicial do estágio, mas através da experiência e do conhecimento aprofundado dos utentes começou a apresentar-se como uma capacidade e aprendizagem adquirida.

A orientação e a forma de dinamizar as sessões foi também uma aprendizagem constante e progressiva, no qual a assertividade e a simplificação das instruções ao longo das tarefas se apresentaram como fatores fulcrais na obtenção de uma intervenção bem-sucedida, garantindo a participação plena dos utentes. Ainda a relação terapêutica, considerada como ponto forte, surgiu como uma alavanca na intervenção realizada, a empatia estabelecida com os utentes e a disponibilidade demonstrada permitiram-me criar este elo de ligação fundamental para uma intervenção eficiente e securizante.

A elaboração das atividades adequadas às capacidades, gostos e necessidades dos utentes, tendo por base os planos de intervenção estabelecidos, foi igualmente um desafio superado, sobretudo na intervenção em grupo, em que existe uma grande heterogeneidade. Ressalva-se a importância de adaptar uma atividade de forma a que todos consigam participar e obter o sucesso dentro das suas capacidades, tornando essa atividade significativa para o grupo, mas também individualmente para cada utente. Durante o período de estágio, e refletindo sobre os planos de intervenção realizados, percebi que numa última fase permiti-me sair da zona de conforto, elaborando atividades diferentes, mas com igual caráter intencional, levando-me a acreditar que o experimentar e o tentar fazer diferente do que se está habituado a realizar pode potenciar a aprendizagem.

Efetivamente o trabalho com esta população específica oferece um conjunto de obstáculos que são novos a cada dia, neste sentido é imprescindível encontrar estratégias que melhor resultem com cada utente e adaptar a intervenção às suas necessidades, mas também perceber que há perdas que são inevitáveis, exigindo que o terapeuta tenha a capacidade de lidar com a frustração de que vai sempre existir alturas em que o proposto não é conseguido, que nem sempre os resultados de intervenção vão ser os pretendidos, que nem sempre vai haver melhorias mas que na preservação das competências também existe ganho.

Neste sentido permito-me refletir sobre o papel da Psicomotricidade, no âmbito das demências. A Psicomotricidade permite o desenvolvimento de estratégias como auxílio nas dificuldades irreversíveis. A Psicomotricidade, através do corpo, potencia experiências prazerosas para a pessoa idosa, que o permitem redescobrir-se e aceitar-se. A Psicomotricidade permite a preservação e a melhoria das áreas psicomotoras, cognitivas, mas também sociais e emocionais do idoso que numa visão funcional o possibilite ter uma participação plena no seu envolvimento e uma harmonia nas suas relações, objetivando a sua qualidade de vida.

As experiências, as pessoas e os lugares desta instituição vão comigo, e comigo vão também um conjunto de aprendizagens que me permitiram obter um ganho de maturidade profissional, mas também pessoal. Este último não menos importante, porque um psicomotricista não se faz apenas de teorias fundamentadas ou de conceitos estudados e aplicados. Um psicomotricista é também aquilo que sente e aquilo que acredita, sendo o reflexo disto a sua forma de atuação. Nesta longa caminhada profissional persiste a necessidade de uma constante aprendizagem e desenvoltura profissional, reconhecendo a importância da minha participação em formações contínuas.

Bibliografia

- Agostinho, P. (2004). Perspetiva Psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 31-36.
- Alzheimer's Association (2017). Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement*, 13, 325-373.
- American Psychiatry Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- 5* (5.ª Ed). Washington: Autor.
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidade*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Aubert, E. e Albaret, J.-M. (2001). Aspects Psychomoteurs du vieillissement pathologique. In E. Aubert e J.-M. Albaret (Eds). *Vieillessement et psychomotricité*. Marseille: Groupe de Boeck.
- Albaret J.-M., Aubert, E. e Sallagoŕty, I., (2001). Evaluation psychomotrice du sujet âgé. In E. Aubert e J.-M. Albaret (Eds). *Vieillessement et psychomotricité*. Marseille: Solieur editeur.
- Araújo, C. E Nicoli, J. (2010). Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Revista Kairós Gerontologia*, 13, (1), 231-244.
- Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desvio e lentidão psicomotora. In J. Barreiros, M. Espanha, e P. P. Correia (Eds.). *Actividade Física e Envelhecimento* (pp. 89-104). Lisboa: FMH.
- Borges, S., Aprahamian, I., Radanovic, M. e Forlenza, O. (2010). Psicomotricidade e retrogênese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. *Revista Psiquiátrica Clínica*. 37(3), 131-137. doi: 10.1590/S0101-60832010000300007.
- Boscaini, F. (2004) The specify of psychomotor semiology for an adequate diagnostic. *A Psicomotricidade*, 3, 50-60.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P. e Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal*. Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cefiprol (s.d). Projectos de Engenharia e Concepção – Certificação e Fiscalização. Retirado a 15 de setembro 2018 de: <http://www.cefiprol.pt/>

- Chandra, S. R., e Issac, T. G. (2014). Neurodegeneration and mirror image agnosia. *North American journal of medical sciences*, 6(9), 472-477. doi: 10.4103/1947-2714.141647
- Contandriopoulos, A.-P. (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 705-711. doi: 10.1590/S1413-81232006000300017
- Decreto-Lei n.º 172—A/2014 de 14 de novembro, do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Diário da República: 1.º Suplemento, Série I, N.º 221(2014).
- Díaz-López, M., Aguilar-Parra, J., López-Liria, R., Rocamora-Pérez, P., Vargas-Muñoz, M. e Padilla-Góngora, D. (2017). Skills for successful ageing in the elderly: Education, well-being and health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 986-991. doi: 10.1016/j.sbspro.2017.02.140
- Downey, L., Fletcher, P., Golden, H., Mahoney, C., Augustus, J., Schott, J. ... Crutch, S. (2014). Altered body schema processing in frontotemporal dementia with C9ORF72 mutations. *Journal of Neurology, Neurosurgery e Psychiatry*, 85(9), 1016-1023. doi:10.1136/jnnp-2013-306995
- Fonseca, V. (2001a). Para uma epistemologia da Psicomotricidade. In V. Fonseca, e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 13-28). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Fonseca, V. (2001b). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao conceito da rétrogenese psicomotora. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 177-219). Lisboa: FMH.
- Fonseca, V. (2005). Manual de Observação Psicomotora- Significação Psiconeurológica dos Fatores Psicomotores (3ªEd.). Lisboa: Âncora Editora.
- Gallande, D. (2005). *Compreendendo o desenvolvimento motor: Bebês, crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Phorte Editora Lda.
- Geerligts, L., Saliasi, E., Maurits, N. M., Renken, R. J. e Lorist, M. M. (2014). Brain mechanisms underlying the effects of aging on different aspects of selective attention. *NeuroImage*, 91, 52-62. doi: 10.1016/j.neuroimage.2014.01.029
- Glisky, E. L. (2007). Changes in cognitive function in human aging. In D. R. Riddle (Ed.). *Brain Aging: Models, Methods, and Mechanisms* (1.º Capítulo). Boca Raton (Flórida): CRC Press. Retirado de www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3885/.

- Gonçalves, C. e Carrilho, M. (2007). Envelhecimento crescente, mas espacialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*, 40,21-37.
- Goossens, T., Vercammen, C., Wouters, J. e Wieringen, A. (2017). Masked speech perception across the adult lifespan: Impact of age and hearing impairment. *Hearing Research*, 344, 109-124. doi: 10.1016/j.heares.2016.11.004
- Grossi, D., Fragassi, N. A., Chiacchio, L., Valoroso, L., Tuccillo, R., Perrota, C., ... Trojano, L. (2002). Do visuospatial and constructional disturbances differentiate frontal variant of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease? An experimental study of a clinical belief. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(7), 641-648. doi: 10.1002/gps.654
- Hampson, C. e Morris, K. (2016). Dementia: Sustaining self in the face of cognitive decline. *Geriatrics*. 1(4), 25-30. doi: 10.3390/geriatrics1040025
- Hartikainen, S., Lonnross, E. e Louhivuori, K. (2007). Medication as a risk factor for falls: Critical systematic review. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(10), 1172-1181. doi: 10.1093/gerona/62.10.1172
- Hauser, S. L. e Josephson, S. E. (2009). Alzheimer's Disease and Other Dementias. In Fauci, A. S., Braunwald, E., Kasper, D.L., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J.L. e Loscalzo, J. (Eds.), *Harrison's Manual of Medicine* (17.^a ed., pp. 995-1001). Ebook: McGraw-Hill Medical.
- Hilion, A. (2015). Maladie d'Alzheimer et psychomotricité. In E. W. Pireyre (Ed.). *Cas pratiques en psychomotricité* (pp. 252-269). Paris: Dunod.
- Horning, S. e Davis, H. P. (2012). Aging and cognition. In. V. S. Ramachandran (Ed.). *Encyclopedia of Human Behavior* (2.^a ed., pp. 89-96). San Diego: Academic Press.
- Huang, H.-W., Ju, M.-S. e Lin, C.-C. K. (2016). Flexor and extensor muscle tone evaluated using the quantitative pendulum test in stroke and parkinsonian patients. *Journal of Clinical Neuroscience*, 27, 48-52. doi: 10.1016/j.jocn.2015.07.031
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2017). Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. *Destaque informação à comunicação social*. Retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.

- Irmãs Hospitaleiras da Casa de Saúde da Idanha [IHCSI] (2013). Organograma dos Centros Assistenciais. Retirado a 15 de Setembro 2018 de: http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/attachments/article/76/Organograma_CSI_2013.pdf
- Irmãs Hospitaleiras da Casa de Saúde da Idanha [IHCSI] (s.d.a). Apresentação. Retirado a 15 de setembro de 2018 de: <http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/apresentacao>
- Irmãs Hospitaleiras da Casa de Saúde da Idanha [IHCSI] (s.d.b). Projetos de Intervenção. Retirado a 15 de setembro de 2018 de: <http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/projectos-de-intervencao>.
- Irmãs Hospitaleiras da Casa de Saúde da Idanha [IHCSI] (s.d.c). Serviços. Retirado a 15 de setembro de 2018 de: <http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/servicos>.
- Irmãs Hospitaleiras da Casa de Saúde da Idanha [IHCSI] (s.d.d). Um espaço hospitaleiro aberto ao futuro [folheto informativo].
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ] (2010). Carta de Identidade da Instituição – Identidade e Missão. Roma: IHSCJ. Retirado de: <http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/publicacoes/55-carta-de-identidade-da-instituicao>.
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ] (s.d). Quem Somos. Retirado a 15 de setembro de 2018 de: <http://www.irmashospitaleiras.pt/quem-somos-instituto>.
- Juhel, J. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée*. Québec: PUL et Chronique Sociale.
- Lata, H., e Alia, L. W. (2007). Ageing: Physiological aspects. *JK Science*, 9(3), 111-115.
- Lemaire, P. e Bherer, L. (2005). *Psicologia do envelhecimento: Uma perspectiva cognitiva*. Coleção Epigénese, Desenvolvimento e Psicologia (vol. 107). Lisboa: Instituto Piaget, Divisão Editorial.
- Levy (2000). Psicomotricidade e gerontomotricidade na saúde pública. C. Ferreira (Ed.). *Psicomotricidade: Da educação infantil à gerontologia*. São Paulo: Lovise.
- Madera, M. (2005). A Relação interpessoal na psicomotricidade em pessoas com demência. *A Psicomotricidade*, 6, 47-81.
- Mahoney, C., Beck, J., Roher, J., Lashley, T., Mok, K., Shakespeare, T. ...e Rossor, M. (2012). Frontotemporal dementia with the C9ORF72 hexanucleotide repeat

- expansion: clinical, neuroanatomical and neuropathological features. *Brain*, 135(3), 736-750. doi:10.1093/brain/awr361.
- Maintier, C. (2011). Une identité à construire et à conserver. In M. Personne (Ed.): *Protéger et construire l'identité de la personne âgée: Psychologie et psychomotricité des accompagnements* (pp. 33-46). Toulouse: Érès.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(1), 85-95.
- Melo, F. e Barreiros, J. (2002). A terceira idade, uma população de peso a nível social. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Física*, 23, 23-33.
- Michel, S. (2009). Approches thérapeutiques pour les patients atteints de la Maladie d'Alzheimer en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 33 (9), 35- 40.
- Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret, J. M. (2011). *Examen Géroto-Psychomoteur-Manuel D'Aplication*. Paris: Les Editions Hogrefe
- Modange, L. E Chaumont, V. (2011). La chute du sujet âgé: approche psychologique et pratique psychomotrice. In E. Aubert e J.-M. Albaret (Eds.). Vieillesse et psychomotricité (pp. 219-230). Marseille: Solieur editeur.
- Montañés, M. e Kist, R. (2011). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: Sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos e Contextos (Porto Alegre)*, 10(1), 179-192.
- Moraes, E., Moraes, F. e Lima, S. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1), 67-73.
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com Doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*, 10, 25-33.
- Morais, A., Fiuza, R., Santos, S. e Lebre, P. (2012). Tradução e adaptação do Exame-Gerontopsicomotor. Manual de aplicação provisório.
- Morais, A., Santos, S. e Lebre, P. (2016). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Examen Geronto-Psychomoteur (P-EGP). *Educational Gerontology*, 42(7), 516-527. doi: 10.1080/03601277.2016.1165068
- Neto, J. G., Tamellini, M. G. e Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32(3), 119-130. doi: 10.1590/S0101-60832005000300004

- Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2016). Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa. Documento não publicado.
- Nuñez, J. A. G. e González, J. M. M. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidad en Ancianos Institucionalizados. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progresos em Psicomotricidade* (pp. 177-240). Cruz Quebrada: FMH edições.
- OECD (2017). Helth at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Retirado a 15 de setembro de 2018 de https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf.
- Oedekoven, C., Jansen, A., Kircher, T. e Leube, D. (2013). Age-related changes in parietal lobe activation during an episodic memory retrieval task. *Journal of Neural Transmission*, 120, 799-806. doi: 10.1007/s00702-012-0904-x
- Olalla, L. (2009). Reapropiación y conciencia corporal en la tercera edad a través de la psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporals*, 33(9), 27-34.
- Olave-Sepúlveda, C. e Ubilla-Bustamante P. (2011) Programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo y depresión. *Psicogeriatría*, 3(4), 173-176.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). Active ageing, a policy framework. A contribution of the WHO to the second united nations world assembly on ageing. Madrid: Autor.
- Pais, J. (2008). As dificuldades de memória do idoso. In B. Nunes (Eds). *Memória – Funcionamento, perturbações e treino* (pp.153 – 170). Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, 4, 88-93.
- Pereira, E., Segheto, W., Miranda, M., Velardi, M., Neto, A., Dantas, D... e Gama, E. F. (2010). Comportamento do esquema corporal do adolescente ao idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7 (Sulp.1). 20-28. doi:10.5335/rbceh.2010.045.
- Pinto, L. (2010). Empreendedorismo para a terceira idade – Estudo de caso da Freguesia da Ajuda (Dissertação de mestrado não publicada em Gestão do Desporto). Faculdade Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/9185>

- Piterri, F. (2004). Psychomotor Evaluation. *A Psicomotricidade*, 3, pp. 45-49.
- Rodríguez, E. (2002). Intervención psicomotriz en pacientes con demência. *Psiquiatria.com*, 6(3). Retirado de: <http://psiqu.com/2-4033>
- Rodriguez, E. (2003). Intervención psicomotriz en pacientes con demência: Una propuesta reabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 11, 13-28.
- Ruzzoli, M., Pirulli, C., Brignani, D., Maioli, C. e Miniussi, C. (2012). Sensory memory during physiological aging indexed by mismatch negativity (MMN). *Neurobiology of Aging*, 33(3), 625e.21-632.e30. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2011.03.021
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, D., Rodrigues, V., Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 182-188.
- Schaadt, A. K. e Kerkhoff, G. (2016). Vision and visual processing deficits. In M. Husain e J. M., Schott (Ed.). *Oxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia* (pp. 147-160) Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780199655946.003.0014
- Schneider, R. H. e Irigaray, T. Q. (2008). The process of aging in today's world: chronological, biological, psychological and social aspects. *Estudo de Psicologia, Campinas*, 25(4), 585-593. doi: 10.1590/S0103-166X2008000400013
- Seidler, R., Bernard, J., Burutolu, T., Fling, B., Gordon, M., Gwin, J., Kwak, Y. e Lipps, D. (2010). MotorControl and aging: Links to age-related brain structural, functional, and biochemical effects. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 34(5), 721-733. doi: 10.1590/0034-7161.2014670418
- Sequeira, C. (2010). *cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL.
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Sihvonen, S. (2004). Postural balance and aging. Crossectional comparative studies and balance training intervention (Dissertação não publicada em Studies in sport, physical education and health). Faculdade de Desporto e Ciências da Saúde da Universidade de Jyväskylä, Finlândia. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/13495>

- Soares, F. (2005). O conceito de velhice: Da gerontologia à psicopatologia fundamental. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 8(1), pp. 86-95.
- Spar, J. e La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climeps Editores.
- Stopford, C. L., Thompson, J. C., Neary, D., Richardson, A. M. T. e Snowden, J. S. (2012). Working memory, attention, and executive function in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Cortex*, 48(4), 423-446. doi: 10.1016/j.cortex.2010.12.002
- Vázquez, S. e Mila, J. (2014). Gerontopsicomotricidad y enfermedad de Alzheimer: Un modelo de atención al binomio paciente – cuidador. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 39, 59-77.
- Vieira, C. (2013). Demências. In M. Figueira, D. Sampaio e P. Afonso (Eds). *Manual de Psiquiatria* (pp. 213-235). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Verhulsdonk, S., Quack, R., Hoft, B., Lange-Asschenfeldt, C. e Supprian, T. (2013). Anosognosia and depression in patients with Alzheimer's dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(3), 282-287. doi: 10.1016/j.archger.2013.03.012
- Walker, Z., McKeith, I., Rodda, J. Qassem, T., Tatsh, K., Booij, J., ... O'Brien, J. (2012). Comparison of cognitive decline between dementia with lewy bodies and Alzheimer's disease: a cohort study. *BMJ Open*, 2(1), 1-7. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000380
- Wang, C.-H., Tasi, C.-L., Tseng, P., Yang, A. C., Lo, M.-T., Peng, C.-K., ... Liang, W.-K. (2014). The association of physical activity to neural adaptability during visuo-spatial processing in healthy elderly adults: A multiscale entropy analysis. *Brain and Cognition*, 92, 73-83. doi: /10.1016/j.bandc.2014.10.006
- Wint, D. e Cummings, J. L. (2016). Neuropsychiatric aspects of cognitive impairment. In M. Husain e J. M. Schott (Ed.). *Oxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia* (pp. 197-207). Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780199655946.003.0019
- World Health Organization [WHO] (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. (S. Gontijo trad.). Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde.
- World Health Organization [WHO] (2014). "Ageing well" must be a global priority. Retirado a 15 de setembro 2018 de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/en/>

World Health Organization [WHO] (2015a). Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. Geneva.

World Health Organization [WHO] (2015b). 10 Facts on Dementia. UK: Autor. Retirado a 15 de setembro 2018 de http://www.who.int/features/factfiles/dementia/dementia_facts/en/

Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P. e Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal—rationale, design and fieldwork procedures. *International journal of mental health systems*, 7(19), 1-10. doi: 10.1186/1752-4458-7-19.

Anexos

Anexo A- Espaços de Intervenção Terapêutica e Ocupação da CSI



Figura A1 - Medicina Física e Reabilitação



Figura 4 - Tanque Terapêutico



Figura 5 - Ginásio Educação Física



Figura 6 - Sala de Snoezelen



Figura 7- Sala Terapêutica Un. 7



Figura 8- Sala Terapêutica Un.14



Figura 9- Ateliers Ocupacionais

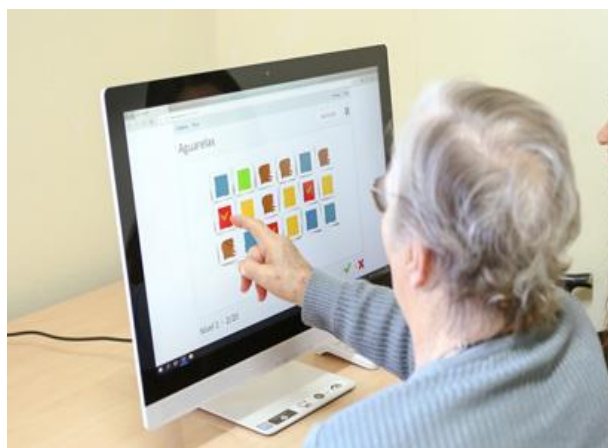


Figura 10- Treino Cognitivo

Anexo B- Espaços das Unidades da CSI



Figura B1- Quarto privado



Figura 12- Enfermarias



Figura 13 - Casa de Banho (c/ duche)



Figura 14- Refeitório da Unidade



Figura 15- Sala de Estar

Anexo C- Escala Psicomotora de Avaliação Informal

Avaliação: Psicomotora		Avaliador: Sofia Rosado	Unidade:14	Grupo: Avançado	Local de Avaliação: Sala terapêutica				Duração da Avaliação: 1h									
Itens					Utentes													
					A.M.		A.P.		C.S.		H.B.		H.S.		M.C.		T.R.	
I- Domínios Psicomotores					Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af
Equilíbrio Estático (5s) (EGP)					3	4	3	3	5	5	3	3	6	6	3	3	6	6
(6) sem apoio; (5) 1 apoio; (4) 2 apoios; (3) 1 pessoa; (2) 1 apoio fixo; (1) 2 apoios fixos; (0) não realiza																		
Equilíbrio Dinâmico (EGP)					3	3	1	1	5	5	3	3	3	6	3	3	6	6
(6) sozinho; (5) 1 apoio; (4) 2 apoios; (3) 1 pessoa; (2) 1 apoio contínuo; (1) 2 pessoas; (0) não realiza																		
Equilíbrio sentado (TT)					2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1
(2) estável e seguro; (1) inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira; (0) inclina-se ou desliza na cadeira																		
Equilíbrio ao levantar-se (TT)					0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1
(2) capaz na 1.ª tentativa sem usar os braços; (1) capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1.ª tentativa; (0) incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio																		
Tonicidade (BPM)					2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	1	1	3	3
(3) eutónico; (2) hipertónico; (1) hipotónico																		
Motricidade fina (EGP) A- Pega do objeto em pinça; B- Pontapear a bola: (2) esquerda e direita; (1) esquerda ou direita;(0) não realiza		Membros superiores (pegar em pinça num objeto)			1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
		Membros inferiores (pontapear uma bola)			2	2	0	0	2	2	0	0	0	2	0	1	2	2
Praxia fina (EGP) desenho da figura 1e 2 (0,5) desenho de uma figura (0) não desenha (1) escreve n+a+dn (0) não escreve		Copia figuras geométricas (figura 1 = círculo + triângulo; figura 2 = quadrado+diagonais+medianas)			0	0	0	0	1	1	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0
		Escrita (nome; apelido; data de nascimento)			0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Noção do corpo (EGP) (1) 8-10 (0,5) 5-7 (0) 0-4		Apontar sob designação verbal (cabelos, palma da mão, tornozelo, coxa, cotovelo, pescoço, orelha, nuca, barriga, pálpebra)			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		Nomear as diferentes partes do corpo (barriga, braço, joelho, cabelo, polegar, boca/lábios, calcanhar, costas, dentes e sobrancelha).			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ítems		Utentes													
		A.M.		A.P.		C.S.		H.B.		H.S.		M.C.		T.R.	
II- Cognição e Linguagem		Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af
Orientação temporal (EGP) (1) ano; (1) mês; (1) dia; (1) dia da semana; (1) estação do ano		2	3	4	3	4	5	5	5	2	3	5	5	5	5
Orientação espacial (EGP)	(1) localidade; (1) instituição;	1	1	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2
	(1) noção frente/trás; (1) noção cima/baixo	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Lateralidade (ECA) (3) identifica direita e esquerda no outro; (2) identifica direita e esquerda; (1) identifica um dos lados; (0) não identifica		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
Retenção (EGP) Memorização e evocação imediata das palavras (por ordem): (1) pêssego; (1) pinheiro; (1) copo		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Atenção (EGP) Agarrar um cubo ao sinal: (1) sinal 5; (1) sinal 10		1	1	1	0	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1
Evocação (EGP) Verbalizar o que foi memorizado: (1) pêssego; (1) pinheiro; (1) copo		1	1	1	0	2	3	2	3	1	2	3	3	1	2
Linguagem (2) adequada; (1) excessiva; (0) insuficiente ou inexistente		2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Comunicação Não Verbal e Expressão corporal (2) adequada; (1) excessiva; (0) insuficiente ou inexistente;		0	2	0	0	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2
III- Sócio- afetividade (ECA)		Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af
Disposição/ Humor (3) eufímico; (2) eufórico; (1) subeufímico; (0) deprimido		3	3	1	1	3	3	3	3	0	3	2	2	0	3
Identificação de Interesses (2) espontânea; (1) com ajuda; (0) Não é capaz de identificar pontos de interesse;		2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
Empatia com os pares (1) empatia; (0) apatia		1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1
Interesse pelas atividades (2) sempre interessado; (1) demonstra interesse esporádico; (0) não demonstra interesse;		1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2
Interação Social (2) interage de forma espontânea com os pares; (1) interage com os pares por solicitação; (0) Não interage com os pares;		1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2

Itens		Utentes													
		A.M.		A.P.		C.S.		H.B.		H.S.		M.C.		T.R.	
IV- Outras áreas relevantes		Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af	Ai	Af
Capacidades percetivas (1) S/ alterações; (1) C/ alterações;	Audição	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
	Visão	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Queixas psicossomáticas	Dores (2) não se queixa de dores; (1) queixa-se de dores esporadicamente; (0) queixa-se de dores com frequência;	1	1	0	0	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2
<p style="text-align: center;">Aspetos qualitativos (Avaliação Inicial)</p> <p>- A.M. apresenta um humor eutímico. linguagem e comunicação verbal adequada, demonstrando dificuldades na expressão não-verbal. Mostra-se colaborante, participativo e interage com os pares de forma espontânea ao longo das tarefas propostas. Encontra-se orientado na pessoa, mas com dificuldades de orientação no tempo e no espaço. Ao nível cognitivo revela dificuldades nas funções executivas tais como a atenção/concentração, evocação e planificação da ação motora. Ao nível motor caracteriza-se como hipertónico, dificuldades na marcha, necessita de apoio (1 pessoa) em equilíbrio estático e dinâmico. Revela um maior comprometimento dos membros superiores, sobretudo ao nível do membro superior esquerdo, sendo incapaz de realizar as tarefas ao nível da praxia fina.</p> <p>- A.P. humor ansioso e comportamento apelativo, apresenta -se com alguma agitação psicomotora (acatisia), revela dificuldades de comunicação verbal e não-verbal. Ao nível cognitivo apresenta-se orientado na pessoa, tempo e espaço, revela dificuldades ao nível da memória, sobretudo atenção e evocação. Ainda que apresente interesse em realizar as tarefas propostas, revela dificuldades na interação com os pares. A tonicidade caracteriza-se como hipertónica, apresenta um padrão de marcha desadequado necessitando de apoio (2 pessoas) no equilíbrio estático e dinâmico, incluído da posição de sentado para a posição ortostática.</p> <p>- C.S. humor eutímico, apresenta algumas dificuldades na empatia e interação com os pares. A sua participação e interesse para a realização de algumas tarefas nem sempre foi espontânea, mostra alguma desmotivação. No domínio cognitivo, não revela grandes dificuldades ao nível da memória, ainda que demonstre algumas limitações no foco da atenção para as tarefas. Ao nível motor não revela grandes dificuldades, necessita de apoio de uma canadiana (1 apoio) no equilíbrio estático e dinâmico.</p> <p>- H.B. apresenta um humor eutímico, comunicação verbal e não-verbal adequada. Mostra-se colaborante, participativa e interage com os pares de forma espontânea ao longo das tarefas propostas. Orientada na pessoa, tempo e espaço, não apresenta alterações cognitivas relevantes. Ao nível motor caracteriza-se por apresentar uma tonicidade hipertónica, dificuldades na marcha necessitando de apoio (1 pessoa) em equilíbrio estático e dinâmico, mostra um maior comprometimento dos membros inferiores, resultando numa lentificação da marcha.</p> <p>- H.S. humor deprimido, com dificuldades na interação com os pares, pouco participativo e colaborante nas tarefas. Ao nível cognitivo apresenta dificuldades na orientação no tempo e espaço, bem como ao nível da atenção e evocação. Ao nível motor deambula com apoio (1 pessoa), apresenta lentificação motora e alguns desequilíbrios ao longo da marcha.</p> <p>- M.C. humor eufórico com comportamento apelativo, necessidade de reforço verbal para controlar impulsos e alguns comportamentos. Demonstra alguma dificuldade na interação e empatia com os pares, e por vezes algum desinteresse para a realização das tarefas. Ao nível cognitivo não apresenta dificuldades relevantes, orientada na pessoa, tempo e espaço e memória recente sem grandes comprometimentos. Ao nível motor apresenta dificuldades no equilíbrio, necessitando de apoio (1 pessoa) em equilíbrio estático e dinâmico.</p> <p>- T.R. humor deprimido, ainda que ao longo das tarefas tenha apresentado uma progressiva iniciativa na participação, colaboração nas atividades e na relação com o grupo. Orientada na pessoa, tempo e espaço, apresenta dificuldades cognitivas ao nível da atenção e evocação. Ao nível motor apresenta um padrão de marcha adequado, sem necessitar de ajuda ou apoio no equilíbrio estático ou dinâmico, incluindo no levantar da cadeira.</p> <p>Bibliografia:</p> <p>Fonseca, V. (2005). Manual de Observação Psicomotora- Significação Psiconeurológica dos Fatores Psicomotores (3ªEd.). Lisboa: Âncora Editora.</p> <p>Apóstolo, J. (2012). <i>Instrumentos para Avaliação em Geriatria</i>. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.</p> <p>Lambert, N.; Nihira, K. e Leland, H. (1993). Escala de Comportamento Adaptativo (Trad). Austin, Texas: AAAMR</p> <p>Morais, A., Santos, S. e Lebre, P. (2016). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Examen Geronto-Psychomoteur (P-EGP). <i>Educational Gerontology</i>, 42(7), 516-527. doi: 10.1080/03601277.2016.1165068</p>															

Anexo D- Plano de Intervenção Individual

PIP – Estudo de caso individual			
A- Domínios Psicomotores			
Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Atividades gerais	Estratégias
1. Equilíbrio– Promover o equilíbrio dinâmico			Pistas verbais Ajuda física Demonstração da tarefa Instruções simples Assertividade na dinamização Eliminação de estímulos distráteis Organização do contexto de intervenção Reflexão crítica (Feedback) Repetição de tarefas Verbalização Adaptações das atividades, contexto e materiais
-Potenciar o equilíbrio dinâmico na marcha; - Promover a capacidade de reequilibração dos membros inferiores; - Promover o controlo postural e melhorar a base de sustentação.	- A utente deve ser capaz de deambular autonomamente ou utilizar apenas 1 apoio na marcha, durante a sessão;	- Percursos com diferentes bases de estabilidade; - Percursos com diferentes formas e ritmos de deslocação.	
2. Tonicidade (membros superiores e inferiores) – Melhorar a tonicidade (eutónico)			
- Promover o reconhecimento/consciencialização das tensões corporais; - Potenciar estados de passividade e relaxamento neuromuscular	- A utente deve ser capaz de consciencializar e verbalizar as tensões sentidas (zonas do corpo com maiores ou menores tensões), no final de cada sessão; - A utente deve permitir-se obter estados de passividade com menores níveis de tensão, durante as técnicas de relaxação realizadas na sessão.	-Técnicas de relaxação e retorno à calma; - Mobilização ativa e passiva de diferentes segmentos corporais; - Atividades de controlo respiratório (ciclos de inspiração- expiração).	
3. Praxias – Promover a praxia			
-Potenciar a habilidade construtiva e de cópia; -Potenciar/manter a capacidade gestual; - Manter a capacidade de escrita e desenho; -Promover a capacidade de representação simbólica	- A utente deve ser capaz escrever ou desenhar o que lhe é solicitado de forma legível; - A utente deve ser capaz de identificar (e.g. forma), realizar uma representação mental e conseguir reproduzir, desenhar ou escrever o que lhe for solicitado; -A utente deve ser capaz de reproduzir simbolicamente atividades que lhe sejam solicitadas	- Atividades de contorno; -Jogos de mímica; -Atividades de reprodução gestual; - Jogo tangram.	

B – Cognição e Linguagem				
Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Atividades gerais	Estratégias	
1. Memória– Estimular a memória				
<ul style="list-style-type: none">- Melhorar a capacidade de atenção, concentração e retenção de tarefas simples e complexas;-Promover o raciocínio e o pensamento abstrato;<ul style="list-style-type: none">- Melhorar a capacidade de evocação verbal.-Promover a memória a curto prazo;- Potenciar a memória perceptiva e verbal.	<ul style="list-style-type: none">- A utente deve ser capaz de estar atenta à explicação da tarefa, reter a informação e realizar a tarefa de acordo com as instruções dadas;- A utente deve reter por ordem as atividades realizadas ao longo da sessão e posteriormente evocá-las;<ul style="list-style-type: none">- A utente deve ser capaz de evocar a médio ou a curto prazo conceitos, ideias ou tarefas de forma sequencial, com informações consolidadas ao longo da sessão;- A utente deve ser capaz de verbalizar ou representar sequencialmente tarefas que realiza no seu dia-a-dia.	<ul style="list-style-type: none">- Atividades cognitivas (e.g. criar uma história a partir das palavras disponibilizadas);- Jogos de cartas, descobrir os seus pares;<ul style="list-style-type: none">- Memorização e representação de atividades de vida diária realizadas até ao momento;- Descobrir objetos pela memória tátil e visual, evocação e verbalização posterior dos objetos;- Memorização da sequência de movimentos- Ordenar sequencialmente um conjunto de imagens respeitando a ordem da tarefa representada;<ul style="list-style-type: none">- Jogos de cálculo;- Jogos de associação.	<p>Pistas verbais</p> <p>Ajuda física</p> <p>Demonstração da tarefa</p> <p>Instruções simples</p> <p>Assertividade na dinamização</p> <p>Eliminação de estímulos distráteis</p> <p>Organização do contexto de intervenção</p> <p>Reflexão crítica (Feedback)</p> <p>Repetição de tarefas</p> <p>Verbalização</p> <p>Adaptações das atividades, contexto e materiais</p>	
2. Orientação - Promover a estruturação espaço-temporal				
<ul style="list-style-type: none">- Promover a capacidade de orientação da pessoa em relação ao objeto no espaço;-- Promover a capacidade de orientação para a realidade no tempo;	<ul style="list-style-type: none">- A utente deve ser capaz de verbalizar a data atual sem ajudas ou orientação para a realidade, em cada sessão;- A utente deve ser capaz de identificar a posição dos objetos no contexto, tendo como a referência a pessoa, sem ajuda ou com ajuda parcial.	<ul style="list-style-type: none">- Atividade de orientação para a realidade e contextualização espacial;-Atividades de orientação e posicionamento do corpo e dos objetos em relação ao espaço;- Tarefas de representação topográfica.		
3. Linguagem – Promover a capacidade de comunicação				
<ul style="list-style-type: none">- Promover a capacidade de expressão não verbal;- Promover competências de expressão com o corpo;- Promover a capacidade de representação de emoções ao nível da expressão facial;- Manter a capacidade de comunicação verbal.	<ul style="list-style-type: none">- A utente deve ser capaz de se expressar através do corpo, gestos ou expressões faciais, emoções ou ações que forem solicitadas ou então de forma voluntária, ao longo da sessão;- A utente deve ser capaz de verbalizar de forma articulada e adequada o que foi sentindo ao longo da sessão.	<ul style="list-style-type: none">- Atividades de expressão e representação de emoções;- Associação de emoções ou sentimentos a imagens apresentadas,- Criar uma história e verbalizá-la a partir das imagens apresentadas;- Conversar com a terapeuta sobre as vivências ao longo de sessão.		

C – Socioemocional			
Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Atividades gerais	Estratégias
1. Identificação de interesses – Promover a identificação de interesses			Pistas verbais Ajuda física Demonstração da tarefa Instruções simples Assertividade na dinamização Eliminação de estímulos distráteis Organização do contexto de intervenção Reflexão crítica (Feedback) Repetição de tarefas Verbalização Adaptações das atividades, contexto e materiais
<ul style="list-style-type: none">- Promover a capacidade de identificação das atividades mais significativas para si;- Potenciar a elaboração de uma lista de atividades ocupacionais de interesse;- Potenciar a motivação para a realização das tarefas.	<ul style="list-style-type: none">- A utente deve ser capaz de nomear pelo menos 2 atividades que mais gosta de realizar no seu dia-a-dia;-A utente deve ser capaz de nomear as atividades que mais gostou durante a sessão e as que menos gostou, refletindo o que poderia ser mudado para se tornar uma atividade do seu interesse;-A utente deve ser capaz de verbalizar uma atividade que gostaria de realizar na sessão;	<ul style="list-style-type: none">- Ordenar um conjunto de imagens por ordem de interesse e gosto;- Questionar o que mais gostava de fazer nos tempos livres;- Ilustrar o momento ou o objeto que mais gostou de usufruir ao longo da sessão;- Questionar a sua preferência em relação alguns conceitos (e.g. cores; animas; prato favorito; estação do ano);- Ilustrar cada momento da sessão com cores (associando a cor que mais gosta a atividade que mais gostou).	
2. Isolamento social – Promover a interação social			
<ul style="list-style-type: none">- Promover competências nas relações interpessoais;Contato com diferentes contextos sociais;- Potenciar competências na relação com os pares;	<ul style="list-style-type: none">- A utente deve ser capaz de interagir com os pares de forma espontânea, sem ser necessário solicitação;- A utente deve ser capaz de manter uma conversa de forma espontânea, ou responder sempre que for questionada.	<ul style="list-style-type: none">- Conversas com os seus pares na sala de estar (com ou sem intervenção da terapeuta);- Conversar com a terapeuta durante a sessão;- Cumprimentar as pessoas de um contexto para outro;- Atividade de apresentação (conhecer o outro e dar-se a conhecer);	
3. Bem-estar – Promover o bem-estar físico e psicológico			
<ul style="list-style-type: none">- Promover a autoestima e a capacidade de resiliência;- Promover a capacidade de obtenção de um estado de passividade e de descontração neuromuscular;	<ul style="list-style-type: none">- A utente deve ser capaz de verbalizar soluções para um determinado problema apresentado;- A utente deve conseguir escrever ou verbalizar pelo menos duas qualidades que acha ter;- A utente deve ser capaz de realizar a atividade refletindo a forma como poderá fazê-lo para obter o sucesso;- A utente deve aceder à passividade, consciencializando-se e verbalizando pelo menos duas partes do corpo onde sentiu mais tensão.	<ul style="list-style-type: none">- Tarefas de interesse com complexidade crescente;- Tarefas de autoconhecimento das suas qualidades e dificuldades;- Tarefas de retorno à calma (e.g. massagens tendo o objeto como mediador);- Técnicas de respiração e consciencialização.	

Anexo E- Plano de Intervenção de Grupo

PIP – Estudo de caso grupo			
A- Domínios Psicomotores			
1. Equilíbrio– Promover o equilíbrio estático e dinâmico			
Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Atividades gerais	Estratégias
<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de reequilíbrio dos membros inferiores - Promover o controlo postural e melhorar a base de sustentação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os utentes devem ser capazes de fazer a mudança da posição de sentado para a posição ortostática com ajuda parcial ou totalmente autónoma; - Os utentes devem ser capazes de deambular autonomamente ou utilizar apenas 1 apoio na marcha. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percursos com diferentes bases de estabilidade; - Percursos com diferentes formas e ritmos de deslocação. 	<ul style="list-style-type: none"> Pistas verbais Ajuda física Demonstração da tarefa Instruções simples Assertividade na dinamização Eliminação de estímulos distráteis Organização do contexto de intervenção Reflexão crítica (Feedback) Repetição de tarefas Verbalização Adaptações das atividades, contexto e materiais Dinamismo e participação igualitária Pistas verbais Ajuda física Demonstração da tarefa Instruções simples Assertividade na dinamização Eliminação de estímulos distráteis Organização do contexto de intervenção Reflexão crítica (Feedback) Repetição de tarefas Verbalização Adaptações das atividades, contexto e materiais
2. Tonicidade (membros superiores e inferiores) – Melhorar a tonicidade (eutónico)			
<ul style="list-style-type: none"> - Promover o reconhecimento/consciencialização das tensões corporais; - Potenciar estados de passividade e relaxamento neuromuscular 	<ul style="list-style-type: none"> - Os utentes devem permitir-se obter estados de passividade com menores níveis de tensão, durante as técnicas de relaxação; - Os utentes devem ser capazes de consciencializar e verbalizar as tensões sentidas (zonas do corpo com maiores ou menores tensões), no final de cada sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relaxação e retorno à calma; - Mobilização ativa e passiva de diferentes segmentos corporais; - Atividades de controlo respiratório (ciclos de inspiração- expiração). 	<ul style="list-style-type: none"> Pistas verbais Ajuda física Demonstração da tarefa Instruções simples Assertividade na dinamização Eliminação de estímulos distráteis Organização do contexto de intervenção Reflexão crítica (Feedback) Repetição de tarefas Verbalização Adaptações das atividades, contexto e materiais
3. Praxias – Promover a praxia			
<ul style="list-style-type: none"> -Potenciar a praxia construtiva (promover habilidades construtivas e/ou de reprodução); - Manter a capacidade de escrita e desenho; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os utentes devem ser capazes de identificar (e.g. forma), realizar uma representação mental e conseguir reproduzir, desenhar ou escrever o que lhes for solicitado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades de contorno; -Jogos de mímica; -Atividades de construção; - Jogo jenga; - Jogo do tangram. 	<ul style="list-style-type: none"> Pistas verbais Ajuda física Demonstração da tarefa Instruções simples Assertividade na dinamização Eliminação de estímulos distráteis Organização do contexto de intervenção Reflexão crítica (Feedback) Repetição de tarefas Verbalização Adaptações das atividades, contexto e materiais

B- Cognição e Linguagem			Dinamismo e participação igualitária
4. Orientação - Promover a estruturação espaço-temporal			
<ul style="list-style-type: none">- Promover a capacidade de orientação para a realidade no tempo e no espaço;- Promover a orientação de acordo com conceitos espaciais (cima/baixo; frente/trás; dentro/fora);- Promover a capacidade de orientação topográfica- Potenciar a capacidade de ordenar acontecimentos, cronologicamente.	<ul style="list-style-type: none">- Os utentes devem ser capazes de reconhecer a instituição e a sua localidade sem ajudas ou com ajuda parcial;- Os utentes devem ser capazes de verbalizar a data atual sem ajudas ou com ajuda parcial;- Os utentes devem ser capazes de ordenar as suas AVD por ordem temporal sem ajudas ou com ajuda parcial.	<ul style="list-style-type: none">- Atividade de orientação para a realidade e de contextualização espacial;- Atividades de orientação e posicionamento do corpo e dos objetos em relação ao espaço, espaço;- Ordenar imagens que representam uma ação motora com diferentes etapas.	
5. Memória – Promover a memória a curto prazo			
<ul style="list-style-type: none">- Manter a capacidade de retenção imediata;- Potenciar a capacidade de atenção/concentração;- Promover a capacidade de evocação recorrendo à memória de curto e médio prazo.	<ul style="list-style-type: none">- Os utentes devem escutar/ ler e seguir instruções, evocando-as posteriormente;- Os utentes devem ser capazes de realizar as tarefas sem que seja necessário repetir as instruções mais do que duas vezes ao longo da tarefa;- Os utentes devem ser capazes de reter conceitos e evocá-los a curto prazo	<ul style="list-style-type: none">- Jogo da memória com cartas;- Jogo da corrente de palavras;- Associação de movimentos a números ou cores.	
6. Comunicação não- verbal – Promover a capacidade de expressão corporal			
<ul style="list-style-type: none">- Promover a capacidade de comunicação e expressão corporal;- Promover a capacidade de expressão emoções/sentimentos através da linguagem corporal.	<ul style="list-style-type: none">- Os utentes devem ser capazes de apresentar ações/emoções através gestos corporais, utilizando o menos possível a comunicação verbal;- Os utentes devem ser capazes de apresentar expressões corporais e faciais de forma livre e espontânea ao longo da sessão.	<ul style="list-style-type: none">- Jogo gestual de AVD/ Profissões;- Jogo da estátua;- Jogo Quem é Quem- Representação de peças;- Jogo da pesca de emoções;- Atividade com dinâmica de dança.	
C- Socioafetividade			
8. Interação social – Potenciar relações interpessoais			
<ul style="list-style-type: none">- Promover a capacidade de interação espontânea entre os pares;- Promover a capacidade de interajuda.	<ul style="list-style-type: none">- Os utentes devem ser capazes de interagir espontaneamente dentro do grupo de trabalho, ao longo da sessão;- Os utentes devem ser capazes de resolver situações – problema em conjunto ao longo das tarefas, demonstrado a capacidade de escuta e argumentação entre o grupo.	<ul style="list-style-type: none">- Atividades dinâmicas entre pares e equipas;- Atividade do paraquedas;- Atividade de reflexão;- Atividade da aranha;- Jogo Quem é Quem.	

Anexo F- Sessão- tipo (Intervenção Individual)

Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos	Estratégias	Material	T
Orientação para a realidade	Trabalhar com a utente questões relacionadas com a orientação espacial (freguesia, conselho) temporal (dia, mês, ano, estação do ano). Atividade realizadas até ao momento da sessão.	Promover a orientação do utente para realidade envolvente no espaço e no tempo. Promover a memória a curto prazo.	Ajuda verbal Feedbacks positivos e corretivos		5'
Atividade do corpo da sessão	Inicialmente, é pedido à utente que refira algumas emoções que ela conheça. De seguida, a utente deve dirigir-se ao outro lado da sala, realizando um percurso para ir buscar uma imagem que corresponde a emoção escrita que a utente tem na mão (fornecida pela terapeuta ou dita pela utente anteriormente). De seguida, a utente deve associar determinadas situações, fornecidas pelo terapeuta, as emoções referidas anteriormente. Na segunda parte da atividade, as imagens e as palavras são viradas para baixo, e a utente em conjunto com a terapeuta, deve virar as imagens para cima (duas a duas) de forma a encontrar a imagem e a sua palavra correspondente, e assim sucessivamente até encontrar todos os pares.	Equilíbrio; Praxia global; Linguagem; Memória a curto prazo e longo prazo; Gnosia visual; Conhecimento das emoções e associação a situações	Ajuda verbal Feedbacks positivos e corretivos	Imagens Arco Bola Pinos	25'
Retorno à calma	A utente poderá escolher um creme identificando o seu aroma para posteriormente a estagiária massajar a suas mãos, a escolha desse cheiro deve remetê-la para emoções agradáveis	Induzir o estado de calma Apelar à memória olfativa	Verbalização		10'
Diálogo final	Reflexão crítica- Conversar com a utente sobre a sessão, sobre o que mais gostou e o que menos gostou de fazer.	Promover a comunicação Apelar à memória Potenciar a capacidade de reflexão e opinião crítica	Verbalização		5'

Anexo G- Sessão- tipo (Intervenção em Grupo)

Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos	Estratégias	Material	T
Orientação para a realidade	Trabalhar com os utentes questões relacionadas com a orientação espacial (freguesia, conselho) temporal (dia, mês, ano, estação do ano). Atividade realizadas até ao momento da sessão.	Promover a orientação do utente para realidade envolvente no espaço e no tempo. Promover a memória a curto prazo.	Ajuda verbal Feedbacks positivos e corretivos		5'
Atividade do corpo da sessão	No primeiro momento, os utentes devem verbalizar algumas emoções e colocar a palavra na imagem com a emoção correspondente. Posteriormente, os utentes devem realizar uma fila indiana de costas e à vez fazer a passagem de uma emoção (anteriormente vista) através da expressão facial, o último terá de identificar a emoção que foi passada por todo o grupo, e representá-la. Todos os utentes devem chegar ao fim da fila de forma a identificar pelo menos uma emoção.	Promover a capacidade de identificar emoções Promover a capacidade de identificação de emoções Promover a expressão não-verbal Promover a capacidade prática (representação de gestos)	Verbalização Verbalização Auxilia de imagens	Imagens Palavras Imagens	25'
Retorno à calma	Os utentes devem referir uma emoção sentida ao longo da sessão e explicar porquê e em que momento foi sentida. Em seguida devem responder a um questionário de satisfação.	Induzir o estado de calma Potenciar a capacidade de reflexão	Verbalização	Questionário de Satisfação	10'
Diálogo final	Em roda conversar com os utentes sobre a sessão, sobre o que mais gostaram e o que menos gostaram de fazer.	Promover a comunicação Apelar à memória Potenciar a capacidade de reflexão e opinião crítica	Verbalização		5'

Anexo H- Tabela- tipo de Registo de Atividades

Unidade: 14

Área de Intervenção: Psicomotricidade

Grupo: 2-Avançado

Data: 16/4/2018

Utente	Atividade (n,º)		Autonomia					Participação		Orientação		Atenção			Análise comportamento motor e emocional/ Observações
	Proposta	Realizada	NR	RAF	RAV	RR	RSA	Espontânea	Solicitada	Tempo	Espaço	Aten.	Disp	C.bloq.	
A.M.	5	4			x				x	PO	PO		x		LP / HE
A.P.	5	3		x					x	NO	NO			x	AP / HEF/APL
C.S.	5	5					x	x		TO	TO	x			P /HE
H.B.	5	5					x	x		TO	TO	x			P /HE
H.S.	5	5					x	x		TO	TO	x			P /HE
M.C	5	5					x	x		TO	TO	x			P /HE
T.R.	5	5					x	x		TO	TO			x	P /HE

Legenda

Autonomia: NR- Não realiza; RAF – Realiza com ajuda Física; RAV- Realiza com ajuda Verbal; RR- Realiza com Reclamada; RSA – Realiza sem ajuda.

Tempo/Espaço: TO – Totalmente orientado; PO- Parcialmente Orientado; NO- Nada Orientado

Análise do comportamento motor: LP- Lentificação psicomotora; AP – Agitação psicomotora; P- Acede à passividade

Análise comportamental/emocional: HE – Humor Eutímico; HS- Humor Subeufórico; HEF- Humor eufórico; S – Sonolência; CP- Colaborante e participativo; C- Comunicativo; A- Apatia; HA- Humor ansiogénico; APL – Apelativo